FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1884. N° 38

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 28 NOVEMBRE 1884, A 1 HEURE

PAR

ÉLISE-MARIE MESNARD

Lauréat de la Faculté de médecine de Bordeaux

Née à Saint-Palais-de-Phiolin (Charente-Inférieure), le 31 août 1855.

DE L'INFLUENCE DE QUELQUES LÉSIONS SYPHILITIQUES DU COL DE L'UTÉRUS SUR L'ACCOUCHEMENT

Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. TARNIER, Professeur.
RENDU, PINARD, Agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT
Société anonyme de l'Imprimerie Ch. Thèze, place Colbert.

1884.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BÉCLARD.

PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G). JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Maladie des enfants	N...
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. LE FORT. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HANOT.	PINARD.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHELOT.
BUDIN.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	RICHET.
CAMPENON.	HUTINEL.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	JOFFROY.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	REMY.	STRAUS.
GUEBHARD.	LANDOUZY.	RENDU.	TERRILLON.
HALLOPEAU.	PEYROT.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON BON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MA COUSINE ET AMIE Mme M. JABOUIN.

A Mademoiselle J. SPRÉCHER.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FOURNIER.

Nous lui sommes profondément reconnaissante de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre thèse.

A M. le Professeur CORNIL.

Professeur d'Anatomie pathologique, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

A M. le Professeur PICOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Bordeaux

M. le Professeur MOUSSOUS

Professeur de Clinique obstétricale.

A M. le Docteur DEMONS

Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé.

A M. le Docteur TESTUT

Professeur agrégé, chef des travaux anatomiques.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

Témoignage de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Nous avons pour but dans ce travail d'étudier les lésions spécifiques du col de l'utérus, au point de vue exclusif de leur influence sur la marche de l'accouchement.

Nous ne pouvions personnellement rien ajouter aux excellentes descriptions que nos maîtres ont faites des manifestations diverses de la syphilis sur le col. Mais nous avons observé, dans le cours de nos études, trois cas de dystocie dans lesquels l'étiologie syphilitique nous a paru évidente ; notre opinion a été confirmée par la rencontre de faits semblables publiés à l'étranger et en France. Nous voulons donc appeler l'attention sur une série de cas dans lesquels la syphilis seule paraît avoir ou retardé notablement la fin du travail ou rendu nécessaire l'intervention obstétricale.

Les cas de chancre cervical dans lesquels M. Fournier a observé une induration notable, « une dureté sèche, cartilagineuse » de la portion du col sur laquelle s'était développé l'accident primitif, induration que Bennett et Ricord avaient aussi remarquée ; et les travaux qui ont eu spécialement pour objet les manifestations secondaires de la syphilis sur le col, nous permettent de chercher à interpréter le mode suivant lequel dans les quinze observations que nous publions, la dilatation du col au moment du travail ou bien a été fort retardée, ou bien n'a pu se faire spontanément et a rendu nécessaires des débridements multiples.

Nous pensons que onze cas vraiment typiques, (car je néglige les quatre dernières observations de M. Putegnat, moins nettes au point de vue de la dystocie), dans lesquels se retrouve toujours la syphilis, dans lesquels le col présentait constamment au moment de l'accouchement une induration notable, qualifiée de cartilagineuse, voire même de ligneuse, par tous les accoucheurs qui l'ont constatée, et qu'il est impossible de confondre avec le spasme du col quand une fois seulement le doigt l'a perçue ; induration qui s'accompagnait d'une lenteur excessive du col à se dilater, et

telle qu'après un, deux, trois jours quelquefois , onze jours dans un cas, l'orifice avait à peine acquis le diamètre d'une pièce de deux ou de cinq francs, nous pensons que ces faits sont assez nombreux pour éveiller l'attention sur ce point particulier de la syphilographie et de l'obstétrique, et pour rendre, selon nous, évidente la relation de cause à effet entre la syphilis et l'état spécial d'induration et de rigidité du col.

La plupart de nos maîtres en obstétrique connaissent ou suspectent au moins cette relation, ainsi que le prouvent les lignes suivantes publiées par M. Stoltz : « Si la portion du col qui doit s'effacer est atteinte d'une maladie qui l'empêche de subir cette extension, il en résultera que le passage de la partie fœtale qui se présente en deviendra extrêmement difficile, quelquefois impossible, ou que si les contractions du corps surmontent l'obstacle, ce sera au prix d'accidents qui peuvent compromettre l'existence de la femme. Ainsi, par exemple, une *induration du col, par suite de métrite chronique simple* ou *spécifique*, peut amener ce résultat. » Cette cause de dystocie est donc connue de quelques accoucheurs, mais elle a été peu mise en relief jusqu'ici.

Nous espérons que la lecture de nos observations suscitera de nouvelles recherches et que d'autres faits viendront s'ajouter aux nôtres. Nous les publions avant d'entrer en matière, au lieu de les reléguer à la fin de notre travail, conformément à l'usage, car nous pensons qu'elles suffiront à entraîner la conviction et à bien établir que certaines lésions spécifiques peuvent produire la rigidité des bords de l'orifice utérin , et rendre l'accouchement spontané quelquefois impossible. Nous analyserons ensuite les symptômes, nous chercherons à en interpréter le mode pathogénique après avoir exposé les résultats encore incomplets de l'examen anatomo-pathologique.

1re OBSERVATION, publiée par le Dr PUTEGNAT. — Dystocie causée par une ulcération syphilitique du col de l'utérus.

Le 2 novembre 1864, à 11 heures du matin, je suis appelé par deux de nos collègues, MM. C. et Si., auprès d'une dame âgée de 27 ans, primipare, dans les maux de l'enfantement et assistée d'une matrone.

Le premier de ces docteurs voyait la patiente depuis huit jours ; le second venait seulement de l'examiner pour la première fois.

Le premier me raconte, en présence de son confrère et de la sage-femme, que la patiente enceinte de 7 mois est en travail depuis onze jours ; que le col de l'utérus présentant une ouverture *dont l'aire égale celle d'une pièce dc deux francs*, est *épais*, *dur* et bosselé, et que cet état a été combattu en vain par des injections émollientes, des grands bains et de la pommade de belladone ; que, maintenant, cette dame a des frissons, du délire et un pouls très fréquent ; accidents contre lesquels est administrée une potion contenant du sulfate de quinine, de l'alcoolature d'aconit, etc.

Ainsi renseigné, j'examine la primipare mariée depuis sept mois : cette dame, petite, délicate, aux cheveux rouges, au teint chloro-anémique (on verra que ce teint était un des résultats de la cachexie syphilitique), perdant par le vagin, et depuis longtemps, un écoulement sanieux et fétide, est couchée sur son côté droit, les cuisses repliées sur le ventre, ses yeux sont à demi-voilés, sa peau est chaude et couverte d'une moiteur, quoique la patiente accuse un grand froid. Elle a des vomissements ; son pouls, très faible, mais régulier, donne 128 pulsations à la minute ; son ventre est douloureux sous la plus légère pression ; elle ne cesse de se plaindre et de demander du soulagement.

Le toucher vaginal me donne les renseignements que voici : vagin humide et brûlant ; col utérin ouvert comme on me l'a dit ; sa moitié gauche, dure, est épaisse d'un centimètre ; son segment droit, moins dilaté et dilatable, est très dur, inégal, épais de 2 centimètres, a sa surface antérieure et interne ulcérée, inégale, qui laisse échapper un liquide sanieux, rougeâtre et fétide.

Le fœtus, mort depuis dix jours, suivant le renseignement fourni par la matrone, est en première position diagonale du sommet de la tête ou occipito-cotyloïdienne gauche.

En présence de cet ensemble de symptômes locaux, généraux et constitutionnels, j'annonce une mort très prochaine, causée par l'épuisement résultant de l'état cachexique spécial, d'un trop long travail inutile et de la résorption du pus fourni par l'ulcération spécifique de la portion droite du col utérin.

Je déclare, en outre, reconnaître, pour cause première à tous ces accidents, une infection syphilitique, et j'affirme au mari qu'il a eu la vérole : ce que celui-ci reconnaît, en déclarant qu'avant son mariage, il s'est fait traiter pour des chancres.

Devant mes déclarations, bien nettes et corroborées par celles de mes collègues, le mari, justement effrayé et affligé, déclare et demande à grands cris qu'on ait recours à tous les moyens pour essayer de sauver sa femme.

Alors les trois accoucheurs déclarent que la seule, mais excessivement faible chance de salut qui reste, consiste à fendre le col de la matrice et à aller chercher l'enfant.

Non seulement le mari accepte ces moyens extrêmes et très incertains, mais il supplie qu'on les emploie le plus tôt possible.

Immédiatement le Dr C... fait avec un bistouri boutonné deux incisions sur le col. Pendant ce temps, chargé que je suis par mes deux confrères d'exécuter la version, je donne du malaga à la patiente et fais cautériser, avec le nitrate d'argent, une plaie saignante que je porte sur l'indicateur de la main droite.

J'amène assez facilement le pied gauche de l'enfant, entre les grandes lèvres, non cependant sans avoir employé un peu de force, pour entrer dans la matrice. Pendant que la matrone prend la jambe dans un lacs, le Dr Si., qui surveille la patiente, m'engage à examiner celle-ci, qui peu après présente des mouvements convulsifs.

Je suspends l'opération et, quelques instants après, la martyre meurt.

Si l'opération essayée en désespoir de cause eut été pratiquée huit ou dix jours plus tôt, aurait-on eu raison d'espérer quelque peu sauver cette jeune dame ? Si l'on ne peut résoudre cette question, on a le droit de la poser.

2e OBSERVATION, de PUTEGNAT.

En octobre 1860, Mme X..., 29 ans, petite, brune, d'une santé

habituelle assez piètre, est dans les maux de l'enfantement depuis environ treize heures, quoique grosse de huit mois, et est assistée d'une matrone, qui, attendu *l'excessive lenteur du travail* et l'épuisement de la patiente, a demandé, d'accord avec toute la famille, un docteur. Rencontrant la tête de l'enfant en première occipito-diagonale gauche, dans l'excavation, et ne voyant nul obstacle causé soit par le bassin osseux, soit par les parties charnues, je fais administrer deux grammes de seigle ergoté, en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

A mon retour, une heure après, ce moyen ayant été inefficace, j'applique le forceps et extrais un enfant chétif, maigre, au teint bistré, ou à cet aspect sénile, que j'ai décrit soigneusement. Cet enfant a vécu trois jours.

Cette dame avait un chancre sur la lèvre antérieure du col utérin, et portait des plaques muqueuses à l'anus, sur les grandes lèvres, et les piliers du voile du palais. Son époux, interrogé avec une extrême précaution par moi, m'a avoué s'être marié ayant des végétations humides sur le gland et sur le prépuce, que, sans le conseil d'aucun docteur, il a traitées et fait disparaître, par des applications d'alun en poudre.

Il m'a fallu cinq mois pour obtenir la cure de cette dame. En même temps, j'ai institué, chez le mari, un traitement anti-syphilitique.

3e OBSERVATION (du même).

Mme X..., 21 ans, en février 1865, tombe dans les maux de l'enfantement, vingt à vingt-cinq jours environ avant le terme de sa grossesse. Le défaut d'énergie et de durée des contractions utérines, contre lequel le seigle ergoté est employé en vain, me contraint à appliquer le forceps sur la tête, en première diagonale de l'occiput. J'amène une fille, qui présente, suivant l'expression de Doublet, la miniature de la décrépitude, causée par la syphilis. L'enfant meurt le quatrième jour.

La mère, qui a un tubercule plat à la commissure anale en avant, présente une vaste et profonde ulcération évidemment syphilitique, qui s'est étendue sur la commissure droite du museau de tanche, et une portion des deux lèvres, spécialement de l'inférieure. Un traitement de quatre mois a débarrassé cette jeune femme de son

affection constitutionnelle. En même temps, j'ai soigné par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium, le mari, qui m'a avoué avoir eu, peu de temps avant son mariage, deux chancres, qu'il n'a traités que par des applications de calomel.

4e OBSERVATION (du même).

En novembre 1850, une brodeuse, grande et forte, blonde, d'une heureuse santé habituelle, âgée de 19 ans, infectée par un sous-officier, est dans les maux *de l'enfantement depuis vingt-deux heures*, et assistée d'une matrone qui me fait appeler. A mon arrivée, la sage-femme m'annonce une infection syphilitique, reconnaissable à de nombreuses plaques muqueuses et à des végétations sur les grandes lèvres, à un écoulement ichoreux vaginal, remontant à des mois. Le surmenage étant évident, la patiente à bout de forces, et un grand bain et le seigle ergoté n'ayant produit aucun effet, j'ai recours au forceps, que j'applique sur la tête de l'enfant en troisième diagonale, ayant à peu près terminé sa rotation. J'amène un enfant de huit mois, mort depuis quelques heures, et aussi malingre que possible. Trois jours après, j'ai reconnu que cette fille portait une ulcération évidemment syphilitique à *fond dur*, à bords un peu élevés, rougeâtres et saignants, qui portait sur la commissure droite et sur la lèvre postérieure du museau de tanche.

J'ai guéri cette fille de sa vérole. Mariée deux années après, elle a eu trois enfants très sains.

5e OBSERVATION (du même).

En janvier 1855, j'ai délivré par le forceps, une primipare de 24 ans, enceinte de huit mois et demi, épouse d'un aubergiste, qui étant militaire, avait eu des chancres sur le gland, dont il n'avait été traité que par le brigadier de l'infirmerie de son régiment.

Cette jeune femme avait des tubercules plats sur les grandes lèvres, à l'anus, et sur les commissures labiales et le voile du palais. De plus, elle avait un vaste chancre sur le bord de la lèvre postérieure du col de la matrice.

L'enfant, qui n'a vécu que deux jours, a présenté cet ensemble,

qu'il est difficile d'exprimer, comme le dit Bertin, mais dont le caractère particulier n'échappe pas au médecin éclairé par une observation répétée de ces sortes de cas.

Ainsi, voilà cinq primipares portant une ulcération chancreuse du col de la matrice, pendant la gestation et qui sont prises des maux de l'enfantement avant le terme naturel de la grossesse.

Quatre fois, le diagnostic de la spécificité de l'ulcération a été corroboré par la présence d'autres accidents caractéristiques.

Deux fois, il y a eu dystocie ; quatre fois, (observations 2, 3, 4 et 5) il m'a fallu employer le forceps. Une fois, on a tenté la version (obs. 1), mais en vain, comme seule et très faible chance de salut. Une femme est morte (obs. 1). Les cinq enfants sont morts, un avant de naître (obs. 1).

Bien que j'aie donné des soins à de nombreuses mères, sous l'influence de la diathèse syphilitique, dont l'existence était seulement révélée par la syphilis héréditaire de leurs nouveau-nés, je n'ai rencontré que ces cinq cas de dystocie syphilitique. Aussi, les sujets offraient-ils, outre les autres accidents caractéristiques, un grave symptôme local ou utérin.

6e OBSERVATION, communiquée par le Dr Dolèris, chef de clinique. — Syphilis de deux ans mal traitée ; rigidité du col ; incisions du col.

Bonnard, veuve Frère, 40 ans, domestique, entre à la clinique d'accouchements, service du professeur Pajot, le 22 mai 1884.

Antécédents : a marché à douze mois, mais, à la suite d'une chute, elle a été obligée de s'arrêter, et n'a marché qu'à 4 ans ; fièvre typhoïde à 16 ans ; premières règles à 20 ans ; à l'âge de 18 ans, elle a eu des épistaxis abondantes qui se répétaient fréquemment, mais sans aucune régularité ; les règles duraient trois ou quatre jours, et elle éprouvait une sensation de malaise très prononcé pendant toute leur durée.

Il y a deux ans, la malade se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié. Elle ne peut donner aucun renseignement sur la nature du mal qu'elle éprouvait, et qui l'avait engagée à aller chercher une consultation. Elle fut examinée au spéculum, et on lui ordonna des injections vaginales avec du coaltar, des pilules, et une solution d'iodure de potassium. La malade ne prit pas les pilules.

Elle a eu ses dernières règles fin septembre 1883 ; depuis cette époque, elle n'a plus eu aucune perte de sang. Elle n'a éprouvé, durant sa grossesse, aucun trouble symphatique, aucune réaction dans son état général, en rapport avec la gestation.

Au mois de mars 1883, elle est allée à la consultation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis, pour des boutons qu'elle avait aux parties. A ce moment-là, elle ne présentait aucun autre accident.

Dans ces deux hôpitaux, on n'institua aucun traitement spécifique. Elle avait, en outre, une adénopathie inguinale double et des croûtes dans les cheveux. Avec des soins de propreté, des bains salés, au bout de trois semaines la malade vit ses boutons disparaître.

Durant le reste de sa grossesse, jusqu'au commencement du mois de mai 1884, elle n'a eu à se plaindre de rien ; à cette époque (mai 1884), elle vit apparaître, tout d'abord sur la partie antérieure du thorax, une éruption de petites papules rouges, saillantes, squameuses, qui s'étendirent peu à peu, gagnèrent la partie antérieure de l'abdomen, les bras et les jambes. Celles-ci ont été cependant peu atteintes. En même temps que se faisait cette poussée, la malade avait la fièvre et se sentait toute courbaturée.

Jeudi, 22 mai, à huit heures du soir, cette femme ayant ressenti des douleurs très vives, et perdant, en même temps, un peu de sang, est venue à la clinique d'accouchements.

Elle avait perdu les eaux le 21 mai, à dix heures du matin, sans cause connue.

Le 22 mai, à dix heures du matin, les premières douleurs avaient apparu.

Le 23 mai, au matin, elle est examinée. Eruption papuleuse générale sur le thorax et le ventre. Elle n'est plus que maculeuse, presque disparue sur les bras. Adénopathie. A la grande lèvre gauche, ulcération arrondie nette ; papules pustulo-crustacées à la tête ; ganglions sous le sterno-mastoïdien droit.

Le ventre est petit ; l'enfant ne remue plus depuis deux ou trois jours, nous dit la femme.

Au toucher, col effacé, dilaté entre deux et cinq francs ; épaisseur énorme (près d'un centimètre), et dureté cartilagineuse du col, dureté régulièrement répartie sur tout l'orifice, avec un peu d'épaississement de la lèvre antérieure.

Aucune partie du col n'est souple.

Jamais la femme n'a perdu de sang en dehors des trois ou quatre jours que duraient ses règles ; elle n'a pas eu d'affection utérine. On peut pénétrer dans le col et arriver sur la tête. On reconnaît que la sclérose cervicale remonte à deux et trois centimètres au-dessus de l'orifice externe.

Le 23 mai, à dix heures et demie, la dilatation n'a pas fait de progrès ; l'état général de la femme s'aggrave, il y a de la fièvre.

Le même jour, à quatre heures et demie, je pratique deux incisions latérales de un centimètre et demi environ. Les ciseaux ont peine à entamer le tissu qui crie comme du cuir ; à peine quelques gouttes de sang s'écoulent des incisions multiples. On dirait un tissu fibroïde. Ces deux incisions pratiquées, après avoir attendu quelque temps et en avoir reconnu l'insuffisance, j'en fais deux autres plus petites sur la lèvre postérieure ; je respecte la lèvre antérieure plus épaisse que le reste de la circonférence du col ; deux incisions sont faites sur les côtés de ce point plus tuméfié, qui *pourrait bien avoir été le siège d'un chancre.*

Le même jour, à six heures et demie, le col est un peu plus dilaté, mais très peu. La tête n'a pas fait de progrès.

Après auscultation plusieurs fois répétée depuis deux jours, n'ayant entendu aucun battement, je perfore la tête ; la matière cérébrale s'écoule. Lavage antiseptique de la tête fœtale et du vagin.

A 10 heures du soir, la tête est un peu engagée, la femme pousse. La dilatation du col est assez augmentée pour que le doigt introduit dans le trou de la perforation suffise à l'extraire, ainsi que le tronc du fœtus dont l'expulsion a été terminée par ce procédé, le 23 mai, à dix heux du soir.

Samedi, vers sept heures du soir, c'est à dire vingt-quatre heures après l'accouchement, l'accouchée a ressenti des coliques, très douloureuses, s'accompagnant d'une perte de sang. En même temps, elle avait de la fièvre et son corps était baigné de sueurs.

Ce soir-là, le corps et surtout la partie supérieure du thorax est couverte des papules décrites plus haut, et une poussée nouvelle de syphilides s'est produite.

Le 24 au matin, les coliques ont eu une moindre intensité; l'écoulement de sang est presque insignifiant.

Onctions sur la partie antérieure de l'abdomen avec onguent mercuriel, ainsi que sous les aisselles.

La malade a encore de la fièvre et la poussée nouvelle de papules, qui s'était produite sous l'influence du travail et après l'accouchement, persiste encore.

Le 25 au matin, l'éruption de papules, si marquée les jours précédents, commence à s'affaisser et à se ternir, et présente une surface squameuse. Peu de fièvre, température 38° 4.

Le 25 au soir, temp. 40° 1 ; le 26 au matin, on ne voit plus que les traces de l'éruption. La fièvre continue, mais moins forte que la veille ; matin, temp. 38° ; soir, temp. 38° 7.

Le 30, état satisfaisant.

Le 31, cessation des frictions mercurielles. L'accouchée va bien.

Le 1er juin, la malade prend deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 19 juin, examen de l'accouchée : Utérus bien involué ; sept centimètres et demi par le cathétérisme, la lèvre antérieure est volumineuse, très indurée, et le col porte les traces étoilées des incisions faites pour l'accouchement. Il existe une tumeur dans l'épaisseur de cette lèvre, et cette tumeur de la grosseur d'une petite amande, fait une légère saillie dans l'intérieur de la cavité cervicale. Le reste du tissu cervical a une consistance à peu près normale et a perdu ce caractère de dureté cartilagineuse, si remarquable à la fin de la grossesse. Toute la lésion est désormais cantonnée dans le processus, en voie de résorption, qui occupe la partie médiane de la lèvre antérieure.

Aucune ulcération sur le col, muqueuse réparée et lisse. Pas d'ectropion ; l'orifice externe est petit et fermé.

La malade a pris pendant une douzaine de jours, 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Frictions mercurielles pendant six jours. Le 19 juin, après l'examen, je touche la tumeur avec la teinture d'iode.

Les couches ont été parfaites, mais, au dix-septième jour, la femme a pris froid, a eu une névralgie lombo-abdominale droite. Cessation de l'iodure de potassium, application de deux petits vésicatoires, guérison rapide. Depuis, elle n'a pas subi d'autre traitement.

Départ pour le Vésinet, le 21 juin 1884.

7e OBSERVATION, publiée par le professeur CHIARLEONI (*in Annali universali Medicina,* Milan, 1873).

NN., 22 ans, taille 1 mètre 53, tempérament nervoso-lymphatique, entre à l'hospice de Milan, le 17 juillet 1873.

Parvenue à peu près au huitième mois de sa première grossesse. Règlée à 17 ans, régulièrement jusqu'au mois de janvier 1873, époque à laquelle elle fait remonter sa grossesse.

Lorsqu'on la reçut, on trouva sur les organes génitaux une ulcération syphilitique. Selon la malade, l'infection aurait commencé dans le courant de mai 1873. A l'examen local, on remarque que les organes externes sont notablement tuméfiés ; un ulcère dur siége sur la fosse naviculaire, qu'il occupe en totalité ; une seconde ulcération dure au devant et un peu à droite de l'anus.

Au toucher, on constate une surface ulcéreuse autour de l'orifice externe du col de l'utérus, les parois du vagin sont lisses, molles, souples et peu sensibles ; les organes externes sont très sensibles au point de faire abandonner l'examen au spéculum. Adénopathie inguinale double, légèrement douloureuse.

La grossesse était à peu près à la fin du septième mois. L'enfant se présentait en O. I. D. Aucun traitement syphilitique n'avait été institué jusqu'alors et le professeur Chiara, dans l'espoir que les manifestations secondaires de la syphilis coïncideraient avec le terme physiologique de la grossesse ou le précèderaient de peu, se borna à des prescriptions de propreté et à des applications locales d'onguent de calomel et d'opium, ne touchant pas à la lésion du col de l'utérus, afin de ne pas provoquer un travail prématuré. Dans les premiers jours d'août, apparurent des manifestations secondaires importantes qui l'engagèrent à instituer un traitement spécifique (pilules de protoïodure et iodure de potassium, le dernier pour s'opposer aux phénomènes nerveux éprouvés par la malade : douleurs articulaires, céphalalgie). Bains fréquents.

Le 21 septembre, dans les premières heures de la matinée, le travail se déclara, et ce fut alors que le professeur Chiara diagnostiqua une grossesse gémellaire. Sur les grandes lèvres existait un œdème remarquable, une infiltration totale due certainement à un exsudat néoplasique qui leur communiquait une dureté toute particulière, ne cédant pas ou cédant peu sous le doigt.

Evidemment, continue le professeur Chiarleoni, il s'agissait en ce cas de l'état morbide décrit par M. Fournier dans son ouvrage sur la syphilis chez la femme, et qu'il a désignée sous le nom d'induration scléreuse. Le col de l'utérus était effacé et dilaté d'environ deux centimètres ; *le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui rappelait le tissu fibrocartila-*

gineux, dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice à un centimètre des bords, et plus spécialement en avant. Vers quatre heures de ce même jour, 21 septembre, furent administrés un bain de siège et des irrigations vaginales. La nuit se passa avec de rares et faibles contractions et le matin suivant, 22 septembre, l'état du col avait peu changé, et l'on fit donner une douche descendante avec trente litres d'eau tiède, durant laquelle les membranes se rompirent. Ecoulement modéré de liquide amniotique. Aucune modification dans les conditions locales jusqu'à quatre heures du soir. Léger mouvement fébrile. Etat général un peu déprimé. Seconde douche sans aucun résultat, et vers huit heures, le professeur se décide à faire des scarifications multiples sur l'orifice utérin, avec un bistouri boutonné, recourbé sur la lame. Ces scarifications rendirent presque immédiatement expulsives, les douleurs, qui auparavant étaient faibles et rares ; vers neuf heures, on administre cinquante centigrammes de seigle ergoté ; à dix heures, la tête avait exécuté son mouvement de rotation et apparaissait à l'orifice vulvaire qui résistait à l'action combinée des forces utérines et des muscles abdominaux ; aussi vers onze heures, on intervint par une application de forceps, et on amena le premier enfant, en état d'asphyxie grave, dont on ne put le tirer ; à onze heures et demie, le second fœtus naquit spontanément, vivant malgré de grandes précautions, la grande lèvre droite dans son tiers inférieur, se déchira aussi nettement que si elle eût été sectionnée par une lame.

Les suites furent bonnes et les manifestations syphilitiques, sous l'influence de l'involution puerpérale, cédèrent rapidement, bien que le traitement mercuriel n'eût pas été suivi plus d'un mois durant la grossesse.

8e OBSERVATION, publiée par le Dr Emilio FASOLA, agrégé de l'Institut obstétrico-gynécologique de Florence (*in Annali di ostetrica.*)

Le 11 février 1883, à quatre heures du matin, entrait à la clinique obstétricale de Turin, Drianna Marianna, cuisinière, 25 ans, taille 1m,49, primipare, à terme, en travail. Fœtus vivant. Présentation du vertex en position G. A.

Antécédents héréditaires, nuls. Drianna eut ses premières règles à 13 ans. Menstruation toujours normale. Dernières règles, le 10

juin 1882, époque à laquelle remonterait, selon elle, l'infection syphilitique dont elle présente actuellement les traces.

Les organes génitaux externes sont d'une coloration livide, baignés de mucosités qui s'écoulent en abondance ; plaques muqueuses nombreuses sur la face externe des grandes lèvres et autour de l'anus ; plaques muqueuses sur les lèvres, les tonsilles et les piliers antérieurs, adénopathie spécifique prononcée aux aînes. La grande lèvre droite est plus saillante que la gauche, plus volumineuse, plus dure, d'une résistance notable, du reste, même état à gauche, ne différant que par un degré moindre. A la face interne de la grande lèvre droite, un néoplasme (sclérome) arrondi, à surface ulcérée, de trois centimètres de diamètre ; déprimé au centre, d'aspect un peu grisâtre, à bords élevés de deux ou trois millimètres au-dessus des tissus environnants, dont il est nettement séparé. Palpation et exploration indolores. Les petites lèvres sont aussi anormalement développées, dures, rugueuses, le vagin est étroit, ses colonnes saillantes ; et les sillons transversaux du vagin sont durs et comme infiltrés, d'une friabilité particulière.

L'orifice utérin, vers huit heures du matin, est dilaté de cinq centimètres, les bords sont tendus, durs, rigides (*a margini tesi, spessi, rigidi*) ; membranes intactes, tête dans l'excavation ; battements du cœur fœtal réguliers, entendus dans le quart inférieur gauche ; contractions fréquentes. Etat de la femme satisfaisant, irrigations vaginales tièdes et répétées avec solution de sublimé au millième.

A dix heures, orifice dilaté de sept centimètres. Les membranes se rompent avec écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique ; battements fœtaux réguliers, femme un peu affaissée. On juge convenable d'intervenir par une application de forceps. Forceps Simpson. Introduction des branches facile, malgré la dilatation incomplète. Les branches sont articulées ; l'opérateur, pendant une contraction tire avec énergie, mais la tête n'avance pas. La contraction finie, on cesse les tractions, au toucher on trouve que le col utérin auquel est due la résistance éprouvée, forme un cercle tendu autour de la tête. A l'auscultation on entend les battements irréguliers du cœur fœtal. L'opérateur reprend les tractions avec vigueur et après quelques minutes, réussit à vaincre la résistance du col de l'utérus. Des tractions continues et énergiques sont encore nécessaires pour traverser le vagin et la vulve.

Le dégagement de la tête est fait avec la plus grande lenteur ; il

en est de même pour les épaules et le siège ; et cependant, deux lacérations se sont produites, l'une qui divise complètement la grande lèvre droite à son tiers inférieur et qui se prolonge en contournant obliquement les bords du sclérome jusqu'en bas, séparée du raphé médian du périnée par un espace de trois centimètres, seconde lacération moins étendue de la commissure postérieure ; une autre plus petite sur la lèvre gauche, solution de continuité du vagin, peu importante ; une autre dans le cul de sac postérieur, transversale, rendue visible par l'abaissement de l'utérus et la procidence du vagin ; et pour la même raison, on peut voir deux autres lacérations sur le col utérin, l'une plus grande à droite, l'autre à gauche.

Dix minutes après l'accouchement, expulsion du délivre, favorisée par une expression légère.

Enfant vivant, mâle, poids 3.075, longueur 49 centimètres. La tête avait été saisie selon son diamètre bi-pariétal.

Le placenta par places offre des traces de dégénérescence fibro-graisseuse. Intégrité parfaite dés annexes. Suites de couches bonnes. Température : a oscillé entre 37° et 38°9.

Du 14 au 23 mars, frictions d'onguent mercuriel. Une stomatite légère interrompt le traitement. Il est repris le 20 avril et suivi jusqu'au 26, où la malade sort. Durant son séjour, trente-cinq frictions, avec environ trois grammes d'onguent mercuriel pour chacune.

A sa sortie, les ganglions lymphatiques des aînes, du cou et des aisselles se sentent à peine, stomatite légère et anémie.

9e OBSERVATION, publiée par le Dr FASOLA (*in Annali di ostetrica*).

B. Teresa, 22 ans, entre à la clinique obstétricale de Florence le 10 juillet 1884, enceinte pour la troisième fois. Elle est au neuvième mois de sa grossesse. Antécédents morbides nuls.

Menstruation régulière depuis l'âge de 12 ans jusqu'à sa première grossesse, qui eut un cours normal et fut suivie d'un accouchement physiologique ; la seconde grossesse fut interrompue dans sa première moitié par une chute.

Dernières règles, le 18 novembre 1883, moins abondantes qu'à l'ordinaire ; et dans ce même mois, douleurs utérines, leucorrhée abondante et fétide ; maladie du col de l'utérus, nous dit cette femme, qui appartenait à une maison mal famée, et qui fut soignée

au dispensaire de cette ville par le médecin affecté à ce service ; le médecin trouva une plaque fongueuse assez étendue du museau de tanche, de nature certainement syphilitique, mais qui, à un examen superficiel, eût pu être pris pour un épithélioma du col. La patiente ne sait à quelle époque remonte l'infection et ne s'était jamais aperçue d'aucune autre manifestation. Elle fut soumise à une cure par le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium ; application d'iodoforme en poudre sur le col.

Au mois de mai apparurent, à l'orifice vaginal et sur le vagin lui-même, des condylomes multiples. Le 14 juillet, quatre jours après son entrée à la clinique, à la suite de légères contractions utérines, les membranes se rompirent prématurément et un peu de liquide amniotique s'écoula.

Examinée à ce moment : Bonne constitution ; taille, 1m 60 ; utérus de forme ovalaire, oblique à droite ; présentation du sommet mobile au détroit supérieur ; on trouve les pieds de l'enfant à droite ; les battements du cœur fœtal s'entendent dans le quart inférieur gauche, réguliers et fréquents ; vagin lisse, chaud, col utérin effacé, orifice dilaté de un centimètre ; le segment inférieur de l'utérus est épais, dur, cartilagineux (*spesso, duro, cartilagineo*) ; on sent la tête au détroit supérieur ; des parties génitales s'écoule un liquide amniotique mêlé de mucosités d'odeur désagréable. La patiente se trouve dans un état peu satisfaisant, temp. 39° 2, pouls 100 ; agitée, n'a pas dormi pendant la nuit ; contractions peu intenses, se succédant à longs intervalles. Dans ces conditions se passe la journée et la nuit suivante. La température se maintient vers 39° jusqu'aux premières heures de la matinée, où elle devient normale.

Les contractions plus fréquentes, plus énergiques, plus douloureuses dans la journée du 13, ne réussissent pas à vaincre la résistance du segment inférieur de l'utérus, toujours épais et dur ; et dans la soirée, à une heure avancée, la dilatation atteignait à peine deux centimètres. La femme est épuisée ; temp. 38° 8 ; pouls 100.

Le lendemain dans la matinée, les conditions sont un peu meilleures ; temp. 37° 5. Dilatation, quatre centimètres. Col toujours épais et résistant ; fœtus vivant, descendu dans l'excavation. A neuf heures, douche tiède phéniquée, répétée vers midi. Contractions toujours énergiques et fréquentes, et à deux heures la dilatation est de six centimètres. La femme est plus souffrante, la température est montée à 39° 8 ; battements du cœur fœtal irréguliers. On se décide

à intervenir par une application de forceps (Nœgelé). Incisions latérales avec des ciseaux courbes. Les bords de l'orifice cèdent difficilement à l'action des ciseaux et font entendre un grincement spécial, comme si l'on coupait un tissu cartilagineux. L'application du forceps se fait assez facilement, et l'opérateur pratique des tractions énergiques et répétées sans résultat. Une autre incision à l'aide de ciseaux est pratiquée sur la lèvre antérieure du col, qui se tendait comme un cercle de cuir autour de la tête ; l'opérateur recommence les tractions jusqu'à ce que la grande circonférence de la tête ait dépassé l'orifice du col et l'extraction se termine ensuite facilement. L'enfant est vivant et crie aussitôt. Dans les tentatives de délivrance, le cordon se rompt à douze centimètres de l'insertion placentaire. La délivrance se fait par expression, peu de temps après la sortie du fœtus.

Au toucher, on sent que les incisions se sont prolongées, par suite du passage du fœtus, sans dépasser cependant la portion sous-vaginale du col.

Suites de couches : lochies fétides ; légère hyperthermie qui atteint durant cinq jours, 38° 5. L'accouchée sort le neuvième jour, avec un état général relativemen bon.

L'utérus était à deux doigts au-dessus du pubis ; le col était gros, irrégulier par suite des incisions pratiquées, sa surface avait un aspect grisâtre.

10e OBSERVATION, publiée par le docteur FASLAO. — *Loc. cit.*

Giovanna D..., 20 ans, couturière. Bonne constitution ; réglée à 16 ans. Menstruation toujours régulière, interrompue par une première grossesse, qui se termina en juin 1883, par la naissance d'un enfant vivant, à la suite de laquelle elle aurait eu un peu de paramétrite légère ?

Elle entra à la clinique, le 27 juillet dernier, à 7 h. 30, enceinte pour la deuxième fois. Elle est au septième mois de sa grossesse, et en travail, par suite de la rupture prématurée des membranes, survenue vers le milieu de la journée du 25 juillet.

L'orifice utérin se présentait, au moment de son entrée, dilaté de trois centimètres ; il était dur, épais, résistant (*duro, spesso, résistente*) et tendu autour de la présentation (vertex), en partie engagée

dans la partie supérieure de l'excavation en position G. A. Les battements du cœur fœtal s'entendaient réguliers dans le 1/4 inférieur gauche ; les contractions utérines se succédaient, fréquentes et énergiques, mais peu efficaces, car le col ne se prêtait pas à la dilatation. Des applications répétées de belladone avaient été faites sur le col par le médecin traitant, qui suspectait un spasme du col, mais sans aucun résultat favorable.

La patiente est profondément anémique et elle est syphilitique, à son insu ; sur la grande lèvre droite, on trouve la cicatrice, encore évidente, d'un ulcère dur ; pléiade inguinale caractéristique, roséole syphilitique maculeuse en voie de décroissance, sur une grande partie du corps, et spécialement sur l'abdomen, et sans doute nous allions trouver aussi l'induration scléreuse du col. Cette induration une fois constatée, eu égard à l'état d'abattement de la femme, en travail depuis plus de quarante-six heures, et aux progrès nuls de la dilatation, malgré la persistance de fortes contractions, instruit du reste par les cas déjà observés, après quelque peu d'expectation on se décide à intervenir et à délivrer la pauvre patiente. Le débridement du col opéré d'abord avec le bistouri boutonné, et ensuite avec des ciseaux courbes, on appliqua le forceps de Denmann, et on fit l'extraction d'un fœtus vivant, de sept mois environ, du poids de 1,500 grammes. Longueur du cordon : 41 centimètres.

Peu de minutes après, le placenta sort naturellement, son expulsion est favorisée par l'emploi de la méthode d'expression.

En vue de l'étude ultérieure, deux petits morceaux du col sont sectionnés avec les ciseaux. On les envoie avec le placenta à l'Institut d'anatomie pathologique, afin d'être examinés à l'aide du microscope. Les résultats en seront rapportés ultérieurement.

Suites de couches régulières. Dès les premiers jours, le traitement anti-syphilitique fut institué (pilules de proto-iodure d'hydrargyre). Malgré cela, à la visite du 11 août, on remarquait que les petites lacérations de la fourchette avaient pris absolument l'aspect spécifique, bords taillés à pic, à fond induré. Le vagin ne présentait rien de notable ; le col de l'utérus était gros, irrégulier, couvert de petites granulations, qui saignaient facilement. L'utérus mobile était au niveau du bord supérieur de la symphise pubienne.

11e OBSERVATION, publiée par le docteur MARTINETTI, assistant du professeur CHIARA, de Florence.

Un cas de dystocie mécanique des parties molles du canal génital, probablement de nature syphilitique.

Dans le courant des mois d'octobre et de novembre de cette année 1883, on a observé, à l'hospice de la Maternité de Florence, un cas qui m'a paru mériter l'attention à la fois des accoucheurs et des syphilographes. Il s'agissait d'une induration du col de l'utérus, du vagin et d'une partie de l'orifice vaginal chez une femme syphilitique, induration que M. le professeur Fournier a observée plusieurs fois et qu'il désigne dans son remarquable ouvrage, sur la syphilis chez la femme, sous le nom de « dureté sèche cartilagineuse. »

Et si cet état se présente chez une femme enceinte et à la fin presque de la gestation, on comprend comment une telle altération constitue par elle-même un cas important de dystocie essentielle par obstacle mécanique des parties molles, et ce n'est qu'à ce point de vue que je veux le considérer.

Le 7 octobre 1883, entra dans cet hospice N. N..., âgée de 23 ans, fille de service. L'aspect de cette femme était suffisamment robuste, quoique son tempérament fût un peu lymphatique. Taille : 1m48. Voici les anamnestiques qu'elle peut fournir : ses parents sont vivants, le père a 70 ans, la mère 50 ; tous deux ont toujours été et sont actuellement bien portants. Deux sœurs en bonne santé. N. N... a eu, dans son enfance, la scarlatine et la variole, dont elle porte encore des traces sur le front et le nez. Elle nous assure n'avoir eu aucune autre maladie. Réglée pour la première fois à 16 ans, l'écoulement menstruel a toujours été régulier quant à l'époque, la durée et la quantité.

Par sa profession de domestique, elle était assujettie à une vie active et même fatigante, mais, en revanche, sa nourriture était abondante et de bonne qualité, et elle a toujours eu un logement bien aéré.

Depuis quatre ans, elle entretenait des relations intimes avec un individu, relations qui furent toujours assez rares, quand, le 15 février, à l'époque de ses règles, elle s'aperçut qu'elle était enceinte, parce que le flux sanguin habituel ne se produisit pas, ou du moins elle ne pouvait considérer comme tel un peu de sang, en trop petite

quantité pour tacher le linge. Ses soupçons furent confirmés par la diminution de son appétit, par des céphalalgies intenses et des vomissements. Cependant, elle ne cessa pas son travail, et continua à avoir des relations avec son amant. Ces rapports duraient encore au septième mois de la gestation, d'après ses calculs.

C'est à cette époque que N.. rapporte son infection syphilitique, qui aurait commencé par un ulcère dur à la fourchette; mais la malade ne se souvient pas au juste de la date à laquelle elle l'aperçut. Elle croit que ce fut dans les derniers jours de septembre.

A partir de cette époque, elle remarqua qu'il s'écoulait du vagin une matière blanchâtre, puriforme, très fétide. Dans les premiers jours d'octobre se manifesta sur tout le corps une roséole, pour laquelle elle consulta une sage-femme, qui lui conseilla de fréquentes et abondantes injections vaginales d'eau tiède vinaigrée.

En faisant ces injections, elle s'aperçut que la surface interne du vagin était couverte d'une énorme quantité d'excroissances, arrondies, peu résistantes, presque indolentes.

Ne pouvant, par suite des progrès de sa grossesse, continuer son service, elle se décida à entrer à la Maternité, où elle fut reçue le 7 octobre.

A l'examen d'admission, voici l'état dans lequel elle fut trouvée. A l'inspection, on voyait que les parties génitales externes étaient d'une coloration vineuse foncée et tuméfiées. A la fourchette on trouvait une ulcération d'environ deux centimètres de diamètre, et une autre un peu plus petite sur la grande lèvre droite. En écartant les petites lèvres autour de l'hymen, on découvre quelques rhagades ulcéreuses. Ecoulement vaginal très abondant, jaunâtre, mal lié, d'odeur désagréable. A la palpation, les organes génitaux externes offraient une dureté peu commune et plus prononcée sur la partie droite que sur la gauche.

L'exploration digito-vaginale faisait apprécier un rétrécissement du vagin assez marqué ; les parois n'étaient pas du tout souples, quoiqu'elles fussent indolentes ; elles étaient recouvertes d'une immense quantité de granulations de la grandeur moyenne d'une vesce, de consistance charnue, indolentes, et presque toutes pédiculées. La grande et la petite lèvre du côté droit et la paroi correspondante étaient plus dures et plus résistantes qu'à gauche Le col de l'utérus était très dur, plutôt un peu petit, presque impénétrable. On n'y pouvait pas apprécier l'existence d'un ulcère. Il existait une adéno-

pathie inguinale double, absolument indolente, et, diffusée sur tout le corps, une roséole maculeuse assez marquée.

Le toucher rectal donnait des résultats tout à fait négatifs. La malade depuis le 19, fut soumise à une médication anti-syphilitique ; on lui administra tous les matins une pilule de un centigramme de proto-iodure de mercure.

Dans la matinée du 27 octobre, vers six heures et demie, elle commença à éprouver quelques douleurs utérines avec contractions de l'organe. En même temps, eut lieu l'écoulement d'une bonne partie du liquide amniotique. Voyant que le travail était commencé, je procède à un examen obstétrical. Le ventre, bien que ses parois soient assez épaisses par suite d'un pannicule adipeux développé, semblait assez petit, de forme quasi sphéroïdale, avec la cicatrice ombilicale effacée, l'utérus incliné à droite. (Suivent les chiffres pelvimétriques, du reste normaux).

Par la palpation on sentait l'extrémité céphalique sur le détroit supérieur ; le dos du fœtus à gauche ; les petites parties fœtales dans le quart supérieur droit ; par l'auscultation on entendait les battements du cœur fœtal, profonds mais réguliers dans le quart inférieur gauche.

Le vagin n'avait subi aucun changement ; les ulcérations s'étaient beaucoup modifiées en progressant vers la guérison. Le col utérin était effacé et l'orifice externe, dilaté de deux centimètres, demeurait *épais, très dur et résistant.* A travers son épaisseur on pouvait reconnaître par le toucher une présentation du vertex en G. P.

Les douleurs utérines continuèrent assez fortes et, dans la soirée du même jour, 27 octobre, la dilatation de l'orifice externe était parvenue à quatre centimètres. Arrivée à ce point, elle s'arrêta et le toucher vaginal donnait la sensation d'un relief, d'un cordon autour de l'orifice, qui ne pouvait permettre aucune dilatation ultérieure. On sentait aussi l'hyperplasie du segment inférieur plus prononcée à droite qu'à gauche. Le professeur Chiara, ayant examiné cette femme et reconnu que l'état du fœtus demeurait satisfaisant, se décida à attendre encore quelque temps avant d'intervenir, afin de voir si le col céderait. Dans ces conditions s'écoula la journée du 28 ; mais, dans la matinée du 29, ayant vu que l'état des choses ne se modifiait nullement, le professeur se décide à intervenir, et à le faire énergiquement, en laissant de côté les bains, les douches et les médicaments excitants qui auraient certainement été impuissants

à combattre une infiltration néoplasique aussi vaste et résistante que celle qui constituait, dans notre cas, une si remarquable dystocie. Il décida de faire sur le col des incisions multiples, et la même matinée à dix heures, le professeur se disposa à les pratiquer. Il est à noter que *l'orifice du canal cervical était tellement dur et résistant que les ciseaux ne pouvaient l'entamer et qu'ils glissaient sur lui, comme s'il s'était agi d'un véritable tissu fibreux.* On appliqua alors le spéculum vaginal, qui permit de constater, indépendamment du degré de la dilatation, un segment de la tête fœtale recouverte des membranes, en même temps que l'intégrité parfaite du tissu utérin sur lequel n'existait aucune ulcération. Vu l'inefficacité des ciseaux, il prit le bistouri boutonné de Dubois et, grâce à cet instrument, il réussit à faire trois incisions, dont l'une en avant et en haut, sur la lèvre antérieure, la seconde latéralement à gauche, et la troisième en bas et un peu à droite.

L'opérateur nous dit avoir éprouvé en pratiquant ces incisions une sensation spéciale : les tissus criaient sous le bistouri comme lorsqu'on sectionne des tissus fibreux. Malgré cette opération, l'orifice ne se dilata pas au-delà de six centimètres. La tête ne progressa pas, et resta toujours sur le détroit supérieur. Vers deux heures et demie, le professeur, jugeant qu'il pourrait par une application de forceps saisir l'enfant, se décida à cette opération et choisit le forceps de Nœgelé. Les branches du forceps furent introduites assez facilement ; mais, lorsqu'on voulut commencer l'extraction, on rencontra des obstacles que le forceps seul n'aurait pu surmonter. Ainsi la lèvre antérieure du col se tendait si fortement, en guise de corde sur la partie droite de l'occiput, (le mouvement de rotation déjà commencé) que sans une nouvelle incision assez généreuse pratiquée par le professeur, le vertex n'aurait pu achever son mouvement de descente. La tension de l'orifice vaginal rendit également nécessaire une profonde épisiotomie qui fut exécutée par deux incisions latérales.

En outre, les papillomes nombreux qui revêtaient les parois du vagin, étaient tellement condensés et groupés devant la tête du fœtus, qu'ils avaient été entraînés avec une partie de la muqueuse du vagin au devant de la tête elle-même, et en empêchaient le dégagement.

L'assistant, pendant que le professeur continuait les tractions avec le forceps, repoussa avec le doigt la muqueuse vaginale à droite de la tête fœtale. Durant toutes ces opérations il s'était écoulé environ

15 minutes ; aussi le fœtus était-il en état d'asphyxie apparente, qui se dissipa après quatre minutes de soins.

L'enfant mesurait 46 centimètres, dont 26 du vertex à l'ombilic, et 20 de l'ombilic aux talons.

. . . .

(Suivent les diamètres de la tête).

Telle est l'histoire de cet accouchement. Durant les premiers jours, l'accouchée eut un peu de fièvre, mais la température ne s'éleva jamais au-dessus de 39°. Les lochies, d'abord sanguinolentes, ensuite purulentes, eurent toujours une assez mauvaise odeur. Le ventre fut toujours indolent et souple, et à travers la paroi abdominale on sentait l'utérus bien contracté. Le toucher vaginal ayant été pratiqué le 10e jour, on put reconnaître que les parois du vagin étaient toujours recouvertes d'une énorme quantité d'excroissances condylomateuses, en nombre plus grand vers la partie inférieure ; le col se sentait toujours dur et inégal.

Les jours suivants, les conditions semblèrent s'améliorer, mais de temps en temps survenait une recrudescence fébrile avec maximum de la température à 38° 2. Dans la matinée du 14 novembre, un autre toucher vaginal ayant été pratiqué, on trouve que les condylomes des parois avaient diminué de nombre et de volume.

La grande lèvre avait peu à peu perdu sa dureté, et de même le vagin était un peu plus extensible ; le col également était moins sclérosé, mais la lèvre antérieure était complètement adhérente au cul-de-sac correspondant qui avait disparu, la lèvre antérieure se continuant avec la paroi vaginale.

Peu à peu les manifestations syphilitiques cédèrent sous l'influence de l'involution puerpérale et du traitement mercuriel. Le vagin se trouva un peu raccourci et retréci, mais sans condylomes.

L'infection syphilitique exerça une influence fâcheuse sur l'état général de l'accouchée, car elle présentait une anémie et une débilité notables, et pendant un court intervalle (il suffisait qu'elle restât levée quelques heures de plus que d'habitude), la température vespérale s'élevait à 38°.

Je ne m'arrêterai pas à développer ici les considérations qu'un cas aussi important semble réclamer ; et cela, surtout, parce que je ne connais qu'un seul cas analogue à celui-ci ; et celui-là a été publié en 1873, par le professeur G. Chiareleoni. J'ai cru devoir le publier,

celui-ci, avec détails, parce que quelqu'un d'autorisé pourra en tirer des conclusions qui paraîtraient encore hasardées.

12e OBSERVATION, sur un nouveau cas de sclérose syphilitique du segment inférieur de l'utérus, comme cause de dystocie. Scarlatine dans les suites de couches, par le Dr Ant. MARTINETTI, assistant du professeur CHIARA.

N., 17 ans, entre le 16 décembre 1883. Pas de maladies antérieures graves ; débilité et anémie actuelles. Réglée à 14 ans. Elle dit avoir toujours été mal nourrie et mal logée. Déflorée par violence, à l'âge de 7 ans, elle continua à avoir des rapports sexuels, par suite des menaces qui lui furent faites.

Enceinte pour la première fois. Lorsque nous la voyons, le travail est déjà commencé et elle éprouve de fortes douleurs.

Nous trouvons tous les signes d'une grossesse au commencement du neuvième mois, avec un fœtus vivant. Présentation du sommet en position droite, reconnue par l'auscultation et le palper. Pour confirmer notre diagnostic, nous pratiquons le toucher ; mais, en jetant un coup-d'œil sur les organes génitaux, nous voyons la vulve colorée en rouge vineux intense, parsemée çà et là, sur les grandes et sur les petites lèvres, de papules syphilitiques variées. Interrogée, afin de savoir si elle se croyait syphilitique, elle nous apprend que l'homme avec lequel elle vivait était malade et syphilitique, croyait-elle, mais qu'elle ne pensait pas avoir contracté aucune maladie, ayant pris ses précautions en vue de la contamination. Nous trouvons, à la fourchette, une lacération, d'ancienne date, qui se prolongeait de trois centimètres environ dans le vagin, et qui, jointe à l'existence de caroncules myrtiformes, aurait pu faire croire que cette femme était multipare. Mais elle nous fit observer qu'ayant avoué des choses bien plus honteuses, elle n'aurait pas hésité à révéler une autre grossesse, si elle eût existé. Parois vaginales d'ailleurs rugueuses, quoique souples et extensibles.

Le doigt dirigé vers le point où nous pensions trouver l'orifice du col, nous ne pûmes d'abord le rencontrer, le segment antéro-inférieur de l'utérus se continuant pour ainsi dire avec le segment postéro-inférieur ; nous sentîmes seulement de suite une résistance cartilagineuse de tout le segment inférieur. Examinant avec plus d'attention le point où l'on pouvait supposer l'orifice, je sentis une

petite saillie linéaire, qu'une personne peu exercée n'aurait jamais jugée être l'orifice. A l'aide du spéculum, on put voir que la lèvre antérieure et la lèvre postérieure étaient agglutinées par un petit amas épithélial, autant du moins qu'on en pouvait juger macroscopiquement. Du reste, *en dehors de l'induration cartilagineuse analogue à celle dont j'ai déjà parlé une autre fois* ; en dehors des papules syphilitiques mentionnées, on ne sentait rien ni sur l'orifice vaginal, ni dans le vagin, ni sur l'utérus.

Les douleurs intenses et leur caractère nous apprenaient que le travail était déjà commencé et qu'il était urgent de secourir cette femme.

Le professeur Chiara, voyant que les contractions énergiques de l'utérus sont impuissantes à vaincre cette dystocie, veut intervenir; mais, avant de se décider à une opération plus importante, il veut essayer la dilatation au moyen du doigt. L'agglutination céda. Cependant il ne s'ensuivit pas une dilatation régulière, parce que le segment inférieur, induré comme il l'était, résista encore pendant plus d'une heure; à ce moment, la lèvre antérieure spontanément et brusquement se déchira, et peu après la dilatation fut complète. Au toucher on constate une position O. I. D. P.

Le travail eut à partir de ce moment une marche régulière, et cette femme, le soir même de son entrée, à sept heures quarante-cinq, donna le jour à un garçon, en apparence sain et bien conformé.

Scarlatine dans les suites de couches, etc.

N.-B. — L'analogie qui existe entre cette observation et celle de M. Godefroy est frappante : « Je sentis, dit M. Martinetti, une petite saillie linéaire, qu'une personne peu exercée n'aurait jamais jugée être l'orifice ». « On trouvait une *petite dépression transversale*, indice de l'orifice » dit M. Godefroy.

13e OBSERVATION, personnelle, incomplète. Recueillie dans le service de M. le professeur MOUSSOUS.

Le 14 février 1883, vers cinq heures du soir, Marie L..., secundipare, 24 ans, se présente à la clinique. Les premières contractions douloureuses ont eu lieu dans la nuit ; elles sont devenues régulières et plus fortes dans les premières heures de la matinée. Perte des

eaux, vers une heure de l'après-midi. Dernières règles en juin 1882 ou fin mai, elle ne peut préciser.

Les lits manquent dans les salles des accouchées. La sage-femme de la clinique me charge d'examiner cette femme, et de ne l'admettre qu'en cas d'urgence, si le travail est avancé au point qu'elle ne puisse être transportée à la Maternité de Pélegrin.

Pendant que je m'assure par le palper, de la situation du fœtus, la femme a deux contractions à moins de cinq minutes d'intervalle.

L'utérus est développé ; son fond est situé à trois doigts environ au-dessous de l'appendice xyphoïde. Présentation du sommet en gauche antérieure. Bruits du cœur fœtal distinctement perçus à gauche, au lieu ordinaire.

Au moment de pratiquer le toucher, je sens les grandes lèvres tuméfiées, indurées et de surface inégale, je découvre la femme et je constate une éruption confluente de syphilides papulo-hypertrophiques, recouvrant la vulve dans toute son étendue. L'accident initial, « un petit bouton, » est apparu depuis la grossesse. L'époque précise échappe à la malade, l'éruption actuelle daterait de deux mois environ.

Au toucher, je m'attendais, vu le début du travail, remontant à dix-huit heures, vu l'intensité et la régularité des douleurs, la rupture des membranes depuis quatre heures, à trouver une dilatation presque complète. A ma grande surprise, je trouve un orifice dilaté à peine comme une pièce de deux francs ; les membranes sont rompues. Le doigt arrive directement sur le cuir chevelu du fœtus, fortement plissé et œdémateux, faisant dans l'orifice une saillie autour de laquelle les bords tendus, épais, *d'une dureté cartilagineuse*, sont fortement appliqués.

J'appelai sur ce fait l'attention de la sage-femme. Vu la dilatation minime du col, la femme pouvant en toute sécurité être transportée à la Maternité de Pélegrin, une voiture est demandée par les soins de l'administration hospitalière.

A sept heures, la malade attend encore cette voiture. Les douleurs sont de plus en plus fortes. Pendant les contractions, du liquide amniotique s'écoule à plusieurs reprises en quantité assez notable. A sept heures un quart, deux heures environ après la première exploration, je renouvelle le toucher vaginal afin de m'assurer que la femme peut toujours être transportée.

La dilatation est demeurée la même. La dureté cartilagineuse des bords de l'orifice n'a pas varié.

Pendant le trajet, douleurs très fortes, de cinq en cinq minutes. Je la remets aux soins de l'élève sage-femme de garde.

Je n'ai pas su si la dilatation finit par s'opérer spontanément, les registres de la Maternité de Pélegrin étant irrégulièrement tenus, et n'ai pu depuis compléter l'histoire de cet accouchement.

14e OBSERVATION (personnelle), recueillie dans le service de M. le professeur Moussous, de Bordeaux. Syphilis de trois ou quatre mois ; rigidité du col ; tétanisme du corps utérin ; trois incisions du col ; forceps ; incisions de la vulve.

Marie Montalet, 21 ans, primipare, entre à la clinique le 12 janvier 1883. Pas de maladie grave dans son enfance ; bien réglée. Elle a contracté la syphilis au mois de novembre 1882, vers le sixième mois de sa grossesse. Dernières règles le 1er mai 1882.

A son entrée, on constate des syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve, plus nombreuses sur la grande lèvre droite, qui est augmentée de volume. Syphilides à la gorge, roséole syphilitique.

Les premières contractions douloureuses sont survenues le 11 janvier. Elles étaient régulièrement espacées de dix minutes environ. Elle n'a pris aucun médicament, pas de seigle.

Elle entre le 12, après la visite du matin. Les douleurs étaient devenues continues.

M. le docteur Hirigoyen la voit à sa visite du soir, et constate que l'utérus est en état de contraction tonique permanente.

Le palper est douloureux, difficile. On constate cependant une position O. I. G. A. Battements du cœur fœtal perceptibles.

Col absolument dur, ligneux, dilatation de deux centimètres. Les membranes sont rompues ; saillie dans l'orifice du col d'une bosse séro-sanguine.

M. le docteur Hirigoyen prescrit deux bains de trois quarts d'heure ; deux lavements laudanisés.

Le lendemain, 13, à la visite du matin, le professeur Moussous trouve la malade dans le même état ; la dilatation ne s'est pas accrue ; bosse séro-sanguine fort allongée, saillante dans le col, dont les bords sont durs, ligneux.

La tête, coiffée du segment inférieur de l'utérus, est descendue plus bas dans l'excavation.

Bains de trois quarts d'heure. Extrait de belladone porté sur le col. Douches tièdes sur le col.

A dix heures et demie, l'état tétanique de l'utérus n'est pas modifié. M. le professeur Moussous pratique trois incisions sur le col avec le bistouri de Cooper, deux latérales, une antérieure. Bain d'une demi-heure.

A deux heures du soir, la tête est descendue presque jusque sur le plancher périnéal, mais la tension du col est toujours considérable. La contraction utérine n'a pas cessé un seul instant. J'ausculte la femme à ce moment-là et je ne puis entendre les battements du cœur fœtal. M. le docteur Hirigoyen les perçoit cependant.

A trois heures et demie, chloroforme. M. le professeur Moussous introduit les branches du petit forceps Pajot, très difficilement, le col étant toujours fortement tendu et appliqué sur la tête fœtale. L'enfant est amené facilement. La vulve, peu extensible, paraît vouloir se fendre. Deux incisions postéro-latérales. L'enfant est mort. Il s'écoule une quantité notable de liquide amniotique, fortement coloré par le méconium, et dont l'odeur, quoique n'étant pas franchement fétide, est très désagréable. Délivrance naturelle.

Après l'expulsion du placenta, l'utérus se rétracte bien.

Petit jet de sang artériel provenant de l'incision du col. Injections froides dans le vagin. L'écoulement cesse presque aussitôt, injection sous-cutanée d'ergotine. La malade est transportée dans une chambre isolée.

Suites de couches absolument physiologiques.

La température n'a pas dépassé 37° à 37°8. La femme sort guérie le 23 janvier.

Au toucher, la lèvre antérieure plus volumineuse présente trois échancrures, dont l'une surtout est marquée (un centimètre et demi) et située sur le côté droit du col. La lèvre postérieure est saine, peu développée.

De l'examen de l'enfant fait par M. le Dr Hirigoyen, chef de clinique, il résultait que l'enfant était à terme ou à peu près (3,000 gr.). Les diamètres de la tête étaient ceux d'un fœtus à terme. Sur la tête on remarquait une zone, de l'étendue d'une pièce de deux francs, qui avait été fixée dans l'orifice du col, et qui correspondait à l'angle postérieur des pariétaux. Dans cette zone, l'autopsie a démontré

une infiltration sanguine qui s'étendait jusque dans le tissu osseux. La pièce est conservée au laboratoire de la clinique.

L'application du forceps avait été directe et la tête saisie exactement d'une oreille à l'autre.

15e OBSERVATION, publiée par M. Godefroy, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* 1883. Dystocie par oblitération compliquée du col utérin ; opération césarienne vaginale.

Le 11 janvier 1883, à six heures du matin, une femme primipare, âgée de 22 ans et grosse de sept mois, est transférée du service des vénériennes à la salle d'accouchements. Le travail s'est déclaré dans la matinée du 10, à la suite d'une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Cette fille, atteinte de végétations ayant leur siège à la vulve, dans le vagin et jusque sur le col utérin, était traitée depuis deux mois et demi par des cautérisations répétées.

Le toucher vaginal me fit reconnaître que la tête du fœtus, recouverte par le col utérin, plongeait profondément dans l'excavation pelvienne ; mais j'eus beau parcourir avec le doigt toute l'étendue de la tumeur formée par ces parties, il me fut impossible d'y trouver la plus petite ouverture. L'orifice utérin avait disparu ; seulement, en dirigeant l'indicateur fortement en arrière et à gauche de cette tumeur, on y trouvait une petite dépression transversale. C'était là tout ce qui restait de l'orifice. Les douleurs n'étaient pas très rapprochées. La malade n'était pas affaiblie ; rien ne me pressait d'agir ; aussi je ne fis aucune tentative pour vaincre l'obstacle qui s'opposait à l'accouchement ; je me bornai à prescrire un grand bain, espérant que les contractions utérines pourraient à elles seules obtenir l'ouverture de l'orifice utérin.

A midi, les contractions avaient acquis beaucoup de force et de fréquence, mais l'état du col était le même ; je fis alors, mais inutilement, plusieurs tentatives pour détruire l'oblitération avec mon doigt. Au moment des contractions, je plaçais mon doigt indicateur sur la petite dépression que j'ai signalée, et j'y pressais fortement en imprimant à mon doigt un mouvement de vrille. Voyant que toutes mes tentatives restaient sans résultat, je pris le parti d'ouvrir l'utérus à l'endroit de la dépression. A trois heures de l'après-midi, la malade fut placée en travers du lit de travail, les cuisses soute-

nues par des élèves. Un spéculum fut introduit dans le vagin, et lorsque j'eus bien en vue la petite dépression indice du museau de tanche, j'y pratiquai avec des ciseaux de Smellie une ouverture transversale d'un centimètre environ d'étendue. Cette ponction fut faite entre deux contractions utérines, afin de permettre à la tête du fœtus de remonter dans l'utérus et d'éviter ainsi de la piquer. Du liquide amniotique s'écoula immédiatement, je retirai le spéculum, et, portant l'indicateur dans l'ouverture que je venais de pratiquer, je pus à l'instant lui donner le diamètre d'une pièce de un franc. La malade fut remise sur le lit et le travail marcha spontanément, et assez rapidement pour que l'accouchement fût terminé à six heures du soir, par l'expulsion ou occipito-cotyloïdienne gauche d'un garçon vivant, du poids de 3 kil. 50. La délivrance et les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Symptomatologie. — Diagnostic.

Un caractère sur lequel ont insisté tous les accoucheurs dans les observations que nous publions, c'est l'excessive induration des bords de l'orifice, induration qui s'étendait plus ou moins sur le segment inférieur de l'utérus. Le professeur Chiaraleoni la compare à celle d'un tissu fibro-cartilagineux. C'est aussi à cette comparaison qu'ont recours les autres observateurs, MM. Martinetti, Doléris, Fasola, etc.

Nous avons pu l'apprécier par nous-même, et on ne peut oublier, après l'avoir perçue, cette induration presque ligneuse. Il semble que le doigt arrive sur du cuir fortement tendu autour de la tête fœtale. Les bords du col sont non-seulement indurés, ils sont notablement épaissis, résistants, insensibles, non douloureux.

A l'état normal, quand on pratique le toucher au début du travail, on sait combien est mince le segment inférieur de l'utérus, à tel point qu'une personne peu exercée pourrait croire la dilatation complète et prendre la tête coiffée de ce segment pour la tête enveloppée de ses membranes intactes, et ce n'est qu'en touchant avec plus de soin, qu'on finit par reconnaître l'orifice

situé généralement en haut et en arrière, et qui commence à peine à se dilater. Dans les cas qui nous occupent, rien de pareil ne peut se produire : les tissus du segment inférieur, comme ceux du col, quoique à un degré moindre, sont indurés et épaissis, et l'on se sent séparé de la partie fœtale par une épaisseur de près d'un centimètre.

Les membranes, rompues le plus souvent lorsque la dilatation égale à peine le diamètre d'une pièce de un franc, sous l'influence des contractions énergiques du corps utérin (quand leur rupture spontanée n'est pas la cause immédiate du travail), il en résulte que la tête vient appuyer directement sur le col, sans pouvoir vaincre la résistance passive qu'il lui oppose. Cette résistance se prolonge pendant des heures, des journées entières (près de trois jours dans l'observation recueillie par nous chez le professeur Moussous, onze jours dans celle du docteur Putegnat). L'orifice met vingt-quatre heures, et davantage, pour atteindre le diamètre d'une pièce de deux francs, et, parvenue à ce degré, il semble que tout ce que l'on pouvait attendre de l'extensibilité du tissu soit désormais acquis. La dilatation reste stationnaire, malgré les pressions directes de la tête, malgré la persistance des contractions. Telle est, notamment, l'observation du docteur Putegnat, où, après onze jours de travail, la dilatation égalait l'aire d'une pièce de deux francs.

Si nous laissons de côté les quatre derniers cas du docteur Putegnat, où la dilatation, malgré la présence d'un chancre, finit par se faire lentement, et permit, quoiqu'elle fût incomplète, l'introduction des branches du forceps ; si nous exceptons également le cas dont la terminaison nous est inconnue, nous trouverons que, sur les dix cas restants, deux fois seulement l'accouchement se fit sans débridement de l'orifice cervical. De ces deux cas, le premier, celui du docteur Martinetti, se termina spontanément, grâce à la déchirure brusque de la lèvre antérieure du col ; et, dans le second, la dilatation atteignit lentement sept centimètres, et une application de forceps réussit alors à vaincre la résistance du col (premier cas du docteur Fasola). Dans les huit autres cas, l'induration était telle que des incisions multiples permirent seules de terminer l'accouchement.

Les membranes étant rompues, la dilatation stationnaire, et le fœtus soumis, durant des heures, aux pressions directes de la matrice, une bosse séro-sanguine fort allongée faisait saillie dans l'orifice du col, dont les bords, pour ainsi dire cartilagineux, étaient fortement appliqués sur la tête fœtale.

Quand les contractions de l'utérus se sont prolongées durant un temps variable selon les cas, elles finissent par s'affaiblir ou cesser. L'utérus, surmené, peut tomber en état d'inertie pendant un temps, plus ou moins long, ou bien il peut se contracter d'une façon permanente, et, pour ainsi dire, tétanique ; c'est ce qui eut lieu dans notre 14e observation. Durant les vingt-huit ou trente heures qui s'écoulèrent depuis l'entrée de la femme jusqu'à la délivrance, la contraction utérine ne cessa pas un instant, sans réussir cependant à vaincre la résistance du col.

Dans plus de la moitié de nos observations, sans ulcération, sans lésion localisée sur une partie du col, l'état de résistance passive, d'induration généralisée, d'épaisseur et d'insensibilité des bords de l'orifice que les auteurs considèrent comme caractéristique de la rigidité anatomique, a été constaté. Nous ne pouvons cependant admettre qu'il s'agît là de cette forme spéciale : la rigidité anatomique vraie, qu'on explique par une anomalie de structure histologique, anomalie qui serait constituée par un développement exagéré du tissu fibreux moins extensible, et par une rareté relative des faisceaux musculaires lisses, seuls susceptibles de subir, sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, une ampliation et une extension considérables.

Nous ne savons jusqu'à quel point l'observation ultérieure confirmera cette forme de rigidité dite anatomique. Les femmes qui ont été considérées comme présentant cet état du col, et dont nous avons recherché l'histoire dans tous les anciens ouvrages d'accouchement publiés depuis un siècle, n'ont point été interrogées au point de vue de leurs antécédents spécifiques ou autres. Les symptômes sont décrits avec une grande exactitude ; la durée et la terminaison de l'accouchement sont soigneusement notées. Quant à leurs antécédents morbides, ils ont généralement été passés sous silence. Pas un mot pour ni contre l'existence de la

syphilis ou de quelque autre affection utérine. Nous pensons donc qu'il est permis de faire ses réserves au point de vue de la fréquence, sinon de l'existence de la rigidité anatomique vraie, jusqu'à ce que de nouvelles observations, avec enquête aussi rigoureuse que possible sur les antécédents, aient été recueillies. Ce n'est pas avec les observations antérieurement connues qu'on peut trancher cette question. En effet, si nous ouvrons le livre de Mme Lachapelle, nous y trouvons des cas de rigidité anatomique ainsi décrits : « X..., constitution forte, 24 ans, grossesse pénible. Premières douleurs, le 11 octobre 1818, à midi ; membranes rompues, douleurs fortes, *orifice à peine ouvert et d'une dureté cartilagineuse.* La saignée, les demi-bains, les injections mucilagineuses n'eurent aucune utilité. Vers le soir, du côté droit, le bord de l'orifice s'amincit, puis s'échancre. Forceps. Mort par péritonite. — 2° N..., constitution faible, 30 ans, première grossesse, à terme. Orifice à bords *durs, épais*, membranes rompues, douleurs fortes. Le travail dura quatre jours sans aucun progrès, etc. » *(Pratiques des accouchements, 1825).*

Eh bien, nous le demandons, est-il possible, avec de telles observations, d'éclairer les obscurités de l'étiologie de la rigidité dite anatomique ? Cette question est donc tout entière à revoir. Il est probable que bien des cas d'induration et de rigidité du col, attribués à une anomalie de structure, étaient le reliquat d'inflammations chroniques, de métrites du col, d'origine banale ou spécifique, et qui avaient déterminé une sclérose consécutive des tissus. En effet, dans plus de la moitié de nos observations, nous le répétons, le col n'avait d'autre lésion appréciable que l'induration et l'épaisseur des bords, sa surface était lisse et égale dans toute son étendue. Si l'on n'eût pas été mis en garde contre l'étiologie syphilitique, constatant par le toucher et l'examen au spéculum l'absence d'ulcération et l'intégrité apparente du tissu, on eût vu là le type de la rigidité anatomique vraie, et la coïncidence de la syphilis eût pu être jugée sans importance, ou même passée sous silence.

Dans d'autres cas (2e, 3e, 4e, 5e observations du docteur Putegnat, observation du professeur Chiaraleoni, 2e observation du

docteur Fasola), il existait une ulcération chancreuse du col. Ce processus pathologique local devait frapper plus vivement l'attention, et son influence étiologique ne pouvait être méconnue.

Nous insistons particulièrement sur ce point, que le plus souvent, il n'y avait pas d'ulcération localisée sur le col ; que l'infiltration hyperplasique, l'induration et l'épaisseur anormale existaient seules, et qu'on aurait pu méconnaître ou nier l'influence de la syphilis, admettre une coïncidence fortuite, et rapporter l'ensemble des symptômes à la rigidité dite anatomique.

« C'est surtout chez les primipares, et dans le cas de travail prématuré, que l'on rencontre cet état du col, quel que soit l'âge de la femme », dit M. le docteur Charpentier en parlant de la rigidité anatomique (*Traité d'accouchements*, t. II.) D'autres auteurs la font se rencontrer surtout « chez les primipares âgées. »

Examinons nos observations au point de vue de la primiparité et de la déclaration prématurée du travail, et nous reconnaîtrons, en effet, que l'observation générale des accoucheurs qui nous ont précédés, se vérifie également pour les faits que nous avons rassemblés. Les primipares sont en majorité ; mais elles ne sont pas seules (douze sur quinze). La grossesse n'était pas toujours à terme ; cinq fois sur quinze, elle n'était que de sept mois à sept mois et demi ; quatre fois sur quinze, de huit à huit mois et demi ; cinq fois sur quinze, elle était entrée dans le cours du neuvième mois, et une fois seulement, la grossesse est notée positivement comme étant à terme.

Ces deux faits, anciennement observés, que la rigidité anatomique du col coïncide fréquemment avec la primiparité et avec un travail prématuré, sont donc également vrais pour la forme spéciale de rigidité pathologique que nous voulons mettre en relief sous la dénomination de rigidité syphilitique.

Seulement, nous pouvons ici satisfaire notre esprit, car s'il est difficile de s'expliquer comment la primiparité et le travail prématuré sont une cause de rigidité (que de primipares accouchent avant terme et sans rigidité du col !), nous comprenons fort bien que la syphilis soit une cause d'accouchement précoce. C'est un fait tellement établi, aujourd'hui, qu'il est superflu d'y insister.

La rigidité et le travail prématuré étaient ici une dépendance de la même cause : la syphilis.

On pourrait nous objecter, pour la syphilis, ce que nous objectons pour la primiparité et pour le travail prématuré, et nous dire que nombre de syphilitiques ont un accouchement facile. Nous en avons été témoin fréquemment, et nous ne mettons en cause que la *syphilis locale du col, soit primitive, soit secondaire.*

Au point de vue de l'âge, à part l'accouchée du docteur Doléris (35 ans), les femmes qui font le sujet de nos observations avaient de 17 à 27 ans, le plus grand nombre n'ayant que 20 ou 22 ans. On ne pouvait donc invoquer le « racornissement général » des tissus, souvent allégué chez les primipares âgées.

Les femmes de nos observations n'étaient pas toutes primipares ; elles étaient pour la plupart jeunes ; quelques-unes étaient à terme ou presque à terme, *mais toutes étaient syphilitiques.*

La rigidité du col était manifestement sous la dépendance de la syphilis.

Et cette forme particulière ne peut être confondue ni avec la rigidité spasmodique, ni avec d'autres formes de rigidité pathologique. Dans le spasme du col, les bords sont minces, douloureux, chauds, et cet état du col survient généralement à une période avancée de la dilatation, quand des examens trop répétés, des titillations du col, une rupture des membranes prématurément et maladroitement provoquée, l'emploi du seigle ergoté, ont eu lieu.

La rigidité pathologique dépendante de brides, de cicatrices du col, de tumeurs ou d'altérations cancéreuses, sera reconnue par le toucher.

Dans la rigidité syphilitique, la rigidité des bords existe dès le début du travail. La dilatation met un temps considérable à atteindre le diamètre d'une pièce de deux francs, qu'elle ne peut quelquefois dépasser, et le segment inférieur de l'utérus est quelquefois induré ; les bords sont épais et durs, d'une consistance cartilagineuse, la chaleur est normale, le col n'est pas douloureux au toucher, ou ne l'est qu'après un temps assez long. Les anam-

nestiques, la coïncidence d'autres lésions spécifiques sur la vulve ou ailleurs, ne permettent pas de méconnaître cette forme particulière de rigidité. Ajoutons que l'existence d'un chancre cervical a été constatée six fois.

Aperçu historique.

Il n'entre point dans notre cadre d'étudier les différents travaux qui ont été publiés sur les lésions syphilitiques du col utérin. Ils sont nombreux et les lésions variées ; mais nous en laisserons volontairement beaucoup de côté, ne nous attachant qu'à ceux qui peuvent expliquer la production de la dystocie spéciale dont nous nous occupons.

Les lésions spécifiques du col utérin, bien qu'elles soient rares relativement aux lésions de la vulve, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, un grand nombre passant inaperçues. Depuis Ricord, qui le premier appliqua couramment le spéculum à l'etude des lésions vénériennes du museau de tanche, jusqu'à nos jours, ces lésions ont fait le sujet de nombreuses publications.

Négligeant les nombreux travaux de M. Ricord, nous ne citerons qu'un seul cas de chancre du col, cas remarquable en ce que la malade avait un prolapsus utérin, et que sur le museau de tanche, en saisissant le chancre entre les doigts, on sentait une *induration notable « presque ligneuse. »*

En 1845, Bennett, étudiant les manifestations de la syphilis sur l'utérus, cite un cas de chancre qui produisit une *induration* graduelle de la lèvre antérieure du col, laquelle finit par prendre le volume d'une *petite noisette.*

MM. Boys de Loury et Cotilhes publient un certain nombre de cas de chancres du col qu'ils ont observés à Saint-Lazare, quelques-uns dès le début de l'infection.

M. Robert, dans sa *Thèse d'agrégation,* et M. Grivot-Grandcourt (thèse, 1848), ajoutèrent peu aux faits déjà connus.

M. Bernutz, dans un mémoire lu à Société médicale des hôpitaux, en 1855, cite douze nouveaux cas de chancres du col.

Whitehead (London, 1857) étudie spécialement les manifestations secondaires de la syphilis sur le col. Parmi les lésions qu'il signale, notons des excroissances verruqueuses, une sorte d'érythème du col donnant à cette partie de l'organe une couleur d'un rouge plus ou moins foncé, lisse ou parsemée d'élevures blanches, état qu'il désigne sous le nom d'hypertrophie folliculeuse ; il insiste particulièrement sur l'hypertrophie du segment inférieur de l'utérus, qui s'étend à une portion plus ou moins étendue, et même à la totalité de l'utérus, *avec ou sans induration*, et qui offre toujours une surface d'un rouge vif, luisante, tendue, quelquefois parsemée de petites éruptions.

Nous ne faisons que mentionner les importants travaux de MM. Rollet, Becquerel, Churchill, Scanzoni, etc.

M. Desprès (*Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col*, 1870), admet que les chancres du col sont plus fréquents que les anciens syphilographes ne l'ont cru, car, sur trente-neuf malades qui avaient la syphilis et des chancres mous, il a observé douze fois un chancre du col. La rareté de cette lésion tient à ce qu'elle passe inaperçue tant qu'il n'y a pas d'uréthrite, de vulvite et de métrite du col.

M. Desprès, toutefois, ne différencie pas le chancre mou du chancre infectant, dont il nie absolument l'induration. Cette affirmation est en contradiction avec les faits observés par MM. Ricord, Bennett, Fournier, et Schwartz.

Le même auteur a observé aussi des plaques muqueuses du col dans des proportions assez notables. Des végétations pourraient se montrer sur ces plaques muqueuses, comme il s'en montre sur celles de la vulve.

M. Fournier, dans ses *Leçons sur la syphilis chez la femme*, dit avoir trouvé sur deux cent quarante-neuf syphilitiques, treize chancres du col ; et sur deux de ces femmes, il a noté « une véritable hypertrophie du col, une ampliation générale ; de plus, le col hypertrophié présentait, au toucher, une dureté sèche, *cartilagineuse*, paraissant résulter d'un exsudat superficiel, d'un néoplasme infiltrant les tissus. » Sur deux autres malades, il n'y avait pas d'hypertrophie, mais l'*induration*, déjà signalée par

Bennett et Ricord, était des plus manifestes (induration : quatre fois sur treize)

M. Schwartz (thèse, 1873), pendant un séjour de quatre mois à Lourcine, a observé deux cas de chancre cervical, et il a pu constater une induration très manifeste perceptible dès qu'on touchait le chancre avec le doigt ou avec un pinceau pour le déterger. M. Schwartz signale également la présence de l'hypertrophie totale du col : « Le museau de tanche *est alors parfois énorme*, il frappe vraiment par son volume. Malgré cette hypertrophie, le col n'est pas toujours dur, mais, dans d'autres cas, *sa dureté est, au contraire, remarquable.* »

La place accordée par cet auteur aux manifestations secondaires de la syphilis est fort restreinte, et cette partie de sa thèse ne présente rien de particulier.

Nous trouvons, en revanche, trois observations publiées, l'année suivante, par M. Henry (*in American Jornal of syphilography*), sous ce titre : *Trois cas d'induration du col de l'utérus, résultat de la syphilis*, dans lesquelles cet observateur décrit une lésion secondaire analogue à l'hypertrophie signalée par Whitehead. Dans le premier cas, la syphilis remontait à deux ans ; toute autre manifestation diathésique avait disparu. Consulté pour « une congestion du col de la matrice, » diagnostiquée par un autre médecin, M. Henry trouva le museau de tanche *élargi en circonférence, épaissi, de forme irrégulière, dur, dense*, etc. Regardant cet état comme le résultat de la syphilis, il soumit sa malade à un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium, et, trois mois après, elle était complétement guérie.

Dans le deuxième cas, la syphilis datait de huit ans. Consulté pour des douleurs névralgiques, anorexie, insomnie, douleurs intenses dans le ventre pendant la station debout et la marche, M. Henry trouva le col *très élargi, dur, irrégulier, consistant*. Après un traitement spécifique, les douleurs pendant la station debout et la marche disparurent, et la malade recouvra l'appétit et le sommeil, etc.

Dans le troisième cas, la syphilis remontait à cinq ans, toute manifestation extérieure avait disparu. Consulté pour une

leucorrhée abondante, et des douleurs s'irradiant dans les lombes, le ventre, et la partie interne des cuisses, M. Henry trouva l'utérus en situation normale; et en dehors d'un élargissement, et d'une hypertrophie du col, qui offrait l'aspect d'une congestion, il n'y avait aucun désordre local. Grâce au traitement spécifique, quelques mois plus tard les douleurs avaient disparu et l'aspect congestif avait fait place à une apparence normale.

M. Henry fait remarquer que cette *induration spécifique* qu'il décrit, n'a pas été, à sa connaissance, signalée par d'autres.

Nous avons vu que Whitehead avait, il y a fort longtemps déjà, observé dans la syphilis secondaire un état du col absolument analogue.

Le même état du col fait l'objet d'un mémoire publié, en 1877, par M. Aimé Martin, médecin de Saint-Lazare. Après Whitehead, après M. Henry dont il paraît ignorer le travail, M. Martin décrit une lésion d'origine spécifique, appartenant essentiellement à la période des accidents secondaires, qui aurait de l'analogie avec l'hypertrophie secondaire des amygdales signalée par le professeur Tanturri, de Naples, laquelle coïncide en effet si fréquemment avec les éruptions secondaires de la vulve.

Dans cette lésion du col de l'utérus, qui peut succéder à l'accident primitif, ou coïncider avec les poussées syphilitiques secondaires, il y a à la fois, selon M. Martin, processus hypertrophique et processus érosif. La phase hypertrophique se produirait vers le troisième ou quatrième mois après l'accident primitif; elle coïncide en général avec la première poussée d'accidents secondaires, est susceptible de récidiver, et pourrait se montrer dans une deuxième et même dans une troisième poussée. Le col de l'utérus augmenterait de volume dans des proportions notables, et de vingt-deux millimètres, dimensions normales, son diamètre transverse s'élèverait jusqu'à quarante millimètres. L'*induration* ne se produit qu'après l'hypertrophie et n'est pas appréciable dès le début.

M. de Fourcault, dans sa thèse, reprend plus en détail les propositions émises par son maître, M. Martin. Tous deux insis-

tent sur l'inutilité du traitement local, et sur la disparition assez rapide de la lésion sous l'influence du traitement mercuriel.

Nous avons pu nous-même, à Lourcine, constater combien est fréquente, avec l'hypertrophie secondaire des amygdales, les plaques muqueuses, l'œdème dur de la vulve, et tout le cortège d'accidents secondaires, l'existence d'un gros col utérin. L'interprétation de cet état du museau de tanche variait selon les médecins. Quelques-uns n'y voient en effet qu'une métrite du col qui n'a rien de spécifique, opinion que nous ne partageons pas.

Quant à l'influence du chancre et des accidents secondaires du col utérin sur la parturition, nous n'avons trouvé dans les traités classiques d'accouchements rien ou peu de chose. Quelques cas isolés de dystocie par syphilis du col ont cependant été publiés, et sont demeurés épars dans différents recueils, ignorés même d'accoucheurs instruits. Nous devons dire que cette indifférence a pour excuse le grand nombre d'accouchements faciles qu'on voit journellement chez des syphilitiques. De ce que la dystocie chez ces femmes est l'infime exception, on avait longtemps conclu qu'elle est indépendante de la syphilis et qu'il n'y a là qu'une coïncidence fortuite. Aussi, quand dans les premières années de nos études, nous rencontrâmes deux cas de rigidité du col chez deux syphilitiques, nous nous demandâmes s'il y avait là relation de cause à effet, et ce n'est que deux ans plus tard, témoin d'un troisième fait semblable, et instruite des publications faites à l'étranger, que nous pûmes trouver quelques cas analogues, publiés antérieurement, et conclure à l'influence étiologique de la syphilis.

La première observation que nous ayons trouvée dans les auteurs, et où l'influence de la syphilis est évidente, bien qu'elle ait été à peu près méconnue par l'auteur, est celle qui fut publiée par M. Godefroy, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* de 1862. L'induration et le défaut de dilatation sont attribués, par cet auteur, à des adhérences des bords de l'orifice consécutives à des cautérisations faites avec le nitrate d'argent. Cependant l'orifice existait, puisque M. Godefroy parle à plusieurs reprises de la dépression transversale située à gauche

et en arrière. Nous avons vu (deuxième observation de M. Martinetti), un cas semblable où il y avait agglutination des bords de l'orifice et induration du segment inférieur de l'utérus, sous la seule influence de la syphilis et sans cautérisations.

Nous avons trouvé dans *the Lancet*, et dans le *Journal Américain de syphilographie*, sous le titre : *Dystocia from syphilitic induration of the cervix uteri*, une observation de M. Putegnat, mieux connue à l'étranger qu'en France, et qui avait été originairement, ainsi que quatre autres de même nature, publiée dans le *Journal de Bruxelles.*

En 1873, le professeur Chiarleoni, de l'Ecole de Milan, avait publié *in Annali universali di medicina*, un cas de dystocie ayant manifestement pour cause la syphilis.

En janvier et février 1883, dans le service du professeur Moussous, nous recueillîmes deux observations, dont une incomplète, qui n'avaient pas été publiées jusqu'ici.

En décembre 1883, M. Martinetti, assistant du professeur Chiara, de Florence, a publié *in Annali di ostetricia,* deux « cas de dystocie mécanique des parties molles, probablement de nature syphilitique. »

En juin 1883, nous vîmes à la clinique de M. le professeur Pajot, un autre cas de rigidité du col que rien, si ce n'est la syphilis antérieure, ne pouvait expliquer, et dont M. le docteur Doléris, chef de clinique, a bien voulu nous communiquer l'observation.

Enfin, le docteur Fasola, agrégé de l'Institut obstétrico-gynécologique de Florence, a tout récemment publié trois cas analogues, recueillis à différentes époques : l'un à Turin, en 1883, dans le service du professeur Tibone, et les autres tout récemment à Florence.

Anatomie pathologique.

L'étude anatomo-pathologique de l'hypertrophie et de l'induration spécifique du col utérin n'a pas été faite *post mortem.*

Le docteur Fasola, agrégé de l'Institut obstétrical et gynécologique de Florence, a enlevé à l'aide de ciseaux deux petits morceaux du col, lors des débridements pratiqués chez la femme qui est le sujet d'une de ses observations.

L'examen histologique en fut fait au laboratoire d'anatomie pathologique, par le docteur Banti. Voici le résultat de cet examen et les considérations émises à ce sujet par M. Fasola :

« L'anatomie pathologique n'a pas encore dit son dernier mot sur la nature intime de la maladie en question. Il manque une autopsie et un examen microscopique complet. Jusqu'à présent, l'examen a été borné à deux petits morceaux de tissu pris sur le vivant ; et, l'affection ayant une évolution chronique, l'examen aurait dû être répété dans ses divers stades et porter minutieusement sur tous les points intéressés. Aussi ne doit-on pas s'étonner des hypothèses diverses émises : les unes attribuant l'induration scléreuse des organes génitaux externes à une lymphangite plastique, sous-cutanée et sous-muqueuse, lymphangite réticulaire, et les autres à une hypertrophie avec hypergenèse du tissu connectif et des éléments constitutifs du derme.... Dans aucune partie des fragments excisés, on n'a pu reconnaître d'éléments glandulaires. *De rares fibres-cellules musculaires se trouvaient çà et là éparses sous forme de petits faisceaux ; ces fragments étaient constitués presque entièrement par un tissu fibreux dense et compacte, infiltré d'une quantité médiocre de cellules lymphoïdes.* Autour des vaisseaux on voyait des cellules plus nombreuses qui infiltraient les parois vasculaires et formaient des amas irréguliers. »

Si nous rapprochons les résultats de cet examen, de la description que M. Verson, cité par M. Cornil, donne d'une induration secondaire, lymphangite spécifique des organes génitaux externes, nous serons frappé de leur absolue analogie : « *Les vaisseaux lymphatiques, les fentes lymphatiques du derme sont remplis et distendus par des cellules lymphatiques ; le tissu cellulaire qui les entoure est infiltré d'éléments cellulaires.* »

Dans l'examen de M. Banti et dans celui de M. Verson, il s'agissait d'une altération complexe, d'une inflammation chroni-

que portant à la fois sur les vaisseaux et les fentes lymphatiques, et sur le tissu conjonctif périphérique. Il y a donc dans le tissu du col utérin comme dans celui de la vulve, un certain degré de lymphangite chronique, de phlegmon et de sclérose chronique, ce qui explique à la fois l'hypertrophie des parties atteintes, leur induration et la lenteur de la résolution.

Pathogénie.

L'induration scléreuse syphilitique de la vulve, consécutive au chancre, ou l'accompagnant, ou bien encore contemporaine des accidents secondaires, plus accessible à la vue que la lésion semblable du col de l'utérus, a été mieux étudiée. Les caractères objectifs, la nature, l'évolution et la durée de cet « œdème scléreux » ont été minutieusement étudiés.

L'identité des lésions constatées au microscope dans le tissu du col utérin et dans une induration secondaire des organes génitaux externes et la même étiologie nous autorisent à conclure à leur identité d'évolution et de durée.

Or, la persistance de l'induration scléreuse de la vulve a été signalée par tous les auteurs qui ont traité ce sujet. Cullerier déjà, en mentionnant cette « infiltration plastique, d'apparence éléphantiasique, » nous dit « qu'elle disparaît lentement. »

Même remarque de M. Spillmann, qui établit, dans sa thèse, que cette induration scléreuse, due à une lymphite, et pouvant se rencontrer soit avec le chancre, soit après lui et avant l'éruption secondaire, soit avec les plaques muqueuses, « est des plus tenaces et dure des mois entiers, malgré le traitement spécifique. »

M. Gosselin *(Clinique chirurgicale de la Charité)*, désigne cette induration sous le nom de vulvite chancreuse. « Ce gonflement tient à la fois du phlegmon, de l'œdème et de l'éléphantiasis... Il persistera longtemps, des *mois* et même des *années*, et vous serez frappés de la lenteur de sa résolution, alors même que la malade aura été soumise à un traitement mercuriel. »

M. Varaillon, dans une thèse plus récente (1882), nous ap-

prend aussi qu'il a vu ce gonflement persister cinq, six, huit mois.

J'ai tenu à rappeler l'analogie histologique des lésions de la vulve et du col, et la longue durée de l'induration vulvaire, de la vulvite chancreuse (Gosselin), afin de pouvoir en déduire logiquement la persistance de l'induration consécutive au chancre cervical.

L'ampliation générale et la dureté qui accompagnent le chancre du col et qui lui survivent, faits bien établis par les observations de MM. Ricord, Bennett, Fournier, Schwartz, peuvent aussi se rencontrer en dehors de tout accident primitif local : sur le museau de tanche, comme sur la vulve, ont lieu des inflammations lymphatiques avec hypergénèse d'éléments cellulaires du tissu connectif, lesquelles coexistent avec les poussées d'accidents secondaires (Whitehead, A. Martin, de Fourcault) et sont parfois les seuls vestiges de la syphilis antérieure (Henry).

Que cette ampliation avec sclérose du col succède à une lésion locale primitive, ou qu'elle soit un accident analogue aux lymphites secondaires de la vulve, à l'hypertrophie des amygdales, dans les deux cas, elle peut être une cause de dystocie. Le col utérin, infiltré d'éléments lymphatiques et cellulaires, induré, tuméfié, résiste obstinément aux efforts de la matrice. Celle-ci se contracte bien, mais le tissu du col oppose une résistance parfois insurmontable. L'œdème scléreux de la vulve, qui coexiste fréquemment avec le même état du col, est l'origine d'une complication nouvelle. La lecture de nos observations a montré que l'épisiotomie de la vulve avait été quelquefois nécessaire, et que dans deux cas, des déchirures de la vulve s'étaient produites au moment de l'accouchement.

Dans la première observation de M. Putegnat, il s'agissait incontestablement d'une induration analogue à la « vulvite chancreuse » de M. Gosselin, à la dureté cartilagineuse signalée par M. Fournier, et qui accompagne quelquefois le chancre du museau de tanche. L'existence du chancre ne laisse aucun doute à ce sujet.

Dans les quatre autres observations que le même auteur publie,

l'induration du col était moins notable, bien qu'il y eût encore un chancre local ; il s'ensuivit une lenteur anormale dans la dilatation, une fatigue consécutive de l'utérus, et l'accouchement se termina par le forceps.

Dans l'observation de M. le docteur Doléris, l'induration plus marquée de la lèvre antérieure, la présence dans son épaisseur d'une petite tumeur analogue à « l'induration graduelle de la lèvre antérieure du col, laquelle finit par prendre le volume d'une petite noix, » que Bennett a vue se produire consécutivement à un chancre de cette région, nous autorisent à croire à l'existence antérieure d'un chancre cervical, sans pouvoir l'affirmer. Si l'on conteste qu'une induration avec tuméfaction limitée puisse persister aussi longtemps (la syphilis semblant dater de deux ans), nous rappellerons la longue durée des indurations scléreuses de la vulve, qui peuvent persister « des années, » a dit M. Gosselin.

D'ailleurs nous avouons être embarrassée dans ce cas, non pas quant à l'étiologie, incontestablement syphilitique, mais quant à la pathogénie. La rigidité était-elle imputable à l'induration persistante d'un accident primitif local ? ou bien à une poussée de lymphite, apparue de nouveau, comme les autres accidents secondaires que la femme présentait alors, sous l'influence de la grossesse ? Cette réapparition, dans les derniers mois de la gestation, de symptômes jusqu'alors latents est fréquente, et le fait a été depuis longtemps signalé par M. Devilliers fils, M. Fournier et bien d'autres.

Nous ne pouvons trancher la question dans un sens ou dans l'autre, les deux modes étant possibles.

En effet, dans les autres observations, le plus souvent, l'accident primitif s'était développé sur la vulve, et aucune lésion locale du col, en dehors de l'induration cartilagineuse, n'était appréciable. L'intégrité du tissu a même été, dans quelques cas, constatée par le spéculum. A part les observations du docteur Putegnat, une ulcération du col n'a été signalée d'une façon bien nette que deux fois (Chiarleoni, Fasola). L'induration et la résistance des bords de l'orifice étaient dues alors à une lymphite secondaire, analogue aux faits signalés par Whitehead, Henry, A. Martin et de Four-

cault, les malades présentant d'ailleurs, en même temps, d'autres manifestations du même genre.

Pronostic. — Traitement.

Le pronostic doit toujours être réservé en raison de la fatigue et de l'épuisement que la longueur du travail provoque chez les parturientes ; en raison surtout de l'intervention opératoire souvent nécessaire. Les débridements de col, pour bénins qu'ils soient en général (et notre série d'observations le démontre assez), peuvent cependant se prolonger vers le fond de l'utérus et être le point de départ de graves accidents.

Un coup d'œil sur le tableau ci-joint, donnera une idée plus nette des complications qu'on est en droit de redouter.

On verra que sur 14 accouchements (nous laissons de côté le cas dont la terminaison nous est inconnue), huit fois, par suite d'une lésion locale du col utérin, des débridements de l'orifice furent nécessaires. Onze fois, on fut obligé de recourir au forceps, sans débridement préalable (la dilatation s'étant faite lentement, et étant suffisante, bien qu'incomplète, pour l'introduction des branches), ou bien immédiatement après le débridement ; ou encore quelques heures après, le débridement seul n'ayant pas permis la terminaison de l'accouchement. Dans un cas, sans incisions du col et sans forceps, l'accouchement se termina spontanément, mais la lèvre antérieure du col s'était fendue brusquement (deuxième observation du docteur Martinetti). Dans deux cas, après débridement, une fois l'accouchement se termina seul (Godefroy) ; une autre fois, le doigt introduit dans le crâne préalablement perforé, suffit à extraire l'enfant (docteur Doléris). On voit que, à part le cas où la déchirure de la lèvre antérieure permit la terminaison spontanée de l'accouchement, toujours une ou même deux opérations successives furent nécessaires. Or, c'est un principe banal en obstétrique que les accouchements dont les suites sont les plus simples sont ceux qui n'ont exigé aucune intervention.

Cependant, chez les femmes dont nous rapportons l'histoire, un seul décès s'est produit (1re observation du docteur Putegnat), et il est imputable à la longueur du travail (11 jours). Les sept autres cas où des incisions du col furent pratiquées avec succès nous permettent de résoudre aujourd'hui affirmativement la question que se posait le docteur Putegnat, quand il se demandait si la précocité de l'intervention n'eût pas permis de sauver sa cliente.

Les déchirures du col, les ruptures du vagin et du corps utérin sont au nombre des accidents fâcheux qui peuvent se produire. Citons également les déchirures de la vulve infiltrée et hypertrophiée, qui se prête peu à l'ampliation nécessaire pour le passage de la tête fœtale. Elles se sont produites dans les observations du professeur Chiarleoni, du docteur Fasola (déchirures de la vulve et du vagin) ; et pour prévenir semblable accident, qui était imminent, l'épisiotomie de la vulve fut deux fois pratiquée (docteur Martinetti, professeur Moussous).

Quant aux enfants, la longueur du travail et la rupture souvent prématurée des membranes, mettent leur vie en péril ; d'autre part, la syphilis héréditaire possible et même probable, leur âge peu avancé (le travail se déclarant le plus souvent avant terme,) assombrissent encore le pronostic et rendent leur survie précaire.

Il y aurait lieu peut-être de chercher à mieux préciser l'influence respective de la diathèse d'une part, et des ulcérations du col d'autre part, sur la déclaration prématurée du travail (Coffin, thèse 1851) ; mais ce serait sortir de notre sujet, puisque nous ne nous occupons point de l'influence de la syphilis sur la grossesse, mais bien exclusivement sur l'accouchement.

La précocité de l'intervention est également dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Dans cette forme toute spéciale de rigidité du col, ou bien la dilatation finit à la longue par s'opérer spontanément, ou bien elle est impossible et on épuiserait vainement alors tout l'arsenal de la thérapeutique.

La lecture de nos observations, de celle de M. Putegnat notamment, est à cet égard on ne peut plus démonstrative. Il faut donc, tenant compte des indications relatives à la mère et à l'enfant,

savoir renoncer assez tôt aux douches et aux applications de pommade belladonée sur le col, et se décider alors pour les débridements, et, selon que l'état de la mère et de l'enfant le permet, livrer pendant quelques heures l'expulsion aux contractions utérines, ou bien les faire suivre immédiatement d'une application de forceps. Ces incisions seront pratiquées au moyen d'un bistouri boutonné ou de ciseaux appropriés, à pointes mousses. Le nombre de ces incisions dépend des circonstances et de l'appréciation du médecin ; il est préférable de les multiplier et de ne pas leur donner plus de cinq à sept millimètres d'étendue.

Il va sans dire que dans le cas où le médecin verrait la malade dans les deux ou trois derniers mois de la grossesse, le traitement spécifique devrait être immédiatement institué. Le temps est loin où se débattait la question de savoir si l'on devait ou non traiter les femmes enceintes syphilitiques, et par son action régressive sur l'hypergenèse d'éléments cellulaires jeunes qui caractérise la syphilis, le mercure rendra d'incontestables services. Sous son influence, les manifestations diathésiques peuvent disparaître totalement ou en partie dans l'espace de quelques semaines, ainsi que nous l'avons vu maintes fois, au grand bénéfice de la mère et du fœtus.

CONCLUSIONS

1° La syphilis, par les altérations qu'elle produit dans la structure du col de l'utérus, peut être une cause de dystocie.

2° L'induration, qui accompagne quelquefois le chancre cervical, qui lui survit ou qui se produit sans autre accident local, en même temps que se font sur d'autres points du corps les poussées d'accidents secondaires, est une cause de rigidité des bords de l'orifice utérin.

3° Dans le cas où l'examen microscopique a été pratiqué, la lésion était constituée par une rareté des faisceaux de fibres musculaires lisses, et par la prédominance d'un tissu fibreux, dense et compacte, infiltré de cellules lymphoïdes. C'était, en résumé, une inflammation chronique du tissu cellulaire avec lymphite chronique.

4° Cette rigidité d'origine syphilitique est facilement reconnue par les anamnestiques, par les lésions concomitantes et par ses caractères objectifs.

5° Le traitement par les bains, les douches tièdes sur le col, l'application locale d'extrait de belladone, s'est montré généralement impuissant. Les débridements du col doivent être pratiqués dès que l'état de la mère et de l'enfant l'indique.

6° Bien faite, cette opération est généralement sans danger ; le seul décès qui ait eu lieu sur huit débridements n'est pas imputable à l'opération.

TABLEAU RÉSUMANT LES PRINCIPAUX FAITS DE NOS OBSERVATIONS.

OBSERVATIONS	AGE	NOMBRE de GROSSESSES	DURÉE du TRAVAIL	DATE de la SYPHILIS	LÉSIONS DU COL	AUTRES MANIFESTATIONS syphilitiques	AGE de la GROSSESSE	NATURE de L'INTERVENTION	RÉSULTAT pour les FEMMES	RÉSULTAT pour L'ENFANT
1re du Dr Putegnat.	27 ans.	Primipare.	11 jours.	Inconnue. (Mariée depuis 7 mois).	Ulcérat. chancreuse et induration.		7 mois.	Incisions du col. Version.	Mort.	Mort.
2e du même	29 »	id.	16 heures.	Non indiquée.	Ulcérat. chancreuse.	Plaq. muq. vulv. anales, buccales.	8 »	Forceps.	Guérison.	A vécu 3 jours.
3e du même	21 »	id.	Non indiq.	id.	id.	Plaq. muq. anales.	8 »	id.	id.	4 jours.
4e du même	19 »	id.	23 heures.	id.	id.	Plaq. muqueuses.	8 »	id.	id.	Mort.
5e du même	24 »	id.	23 »	id.	id.	Plaq. muq. anales vulvaires, buccales.	8 1/2.	id.	id.	2 jours.
6e du Dr Doléris . .	35 »	id.	36 »	2 ans.	Induration générale avec noyau plus induré.	Syphilides maculeuses.	6 à 7.	Incisions du col. Perforat. crâne.	id.	Mort.
7e du D Chiarleoni.	22 »	id.	38 »	3 mois.	Induration.	Chancre vulvaire. Syphil. secondaires	7 1/2.	Incisions du col. Forceps.	id.	1er mort. 2e vivant.
8e du Dr Fasola. . .	25 »	id.		Début de la grossesse.	Induration.	Syph. buccales, labiales. Adénopathie	A terme.	Forceps.	id.	Vivant.
9e du même	22 »	Tertipare.	48 »	Inconnue.	Ulcération. Induration.	Condylomes.	9 mois.	Incisions du col. Forceps.	id.	id.
10e du même	20 »	Secundipare.	50 »	2 ou 3 mois.	Induration.	Chancre induré. Roséole.	7 »	Incisions. Forceps.	id.	id.
11e du Dr Martinetti.	23 »	Primipare.	56 »	2 mois.	Induration.	Chancre de la fourchette. Roséole maculeuse. Végétations.	9 environ.	Incisions. Forceps.	id.	id.
12e du même.	17 »	id.	20 »	Inconnue.	Induration.	Papules syphilit.	9 »	Accouch. spontané après rupture du col.	id.	id.
13e personnelle . . .	21 »	id.	48 »	3 mois.	Induration.	Plaq. muq. vulv. et buccales.	9 »	Incisions. Forceps.	id.	Mort.
14e id.	24 »	Secundipare.	Inconnue.	3 mois.	Induration.	Plaq. muq. vulv.	9 »	Inconnue.		
15e du Dr Godefroy.	22 »	Primipare.	36 heures.	Non indiquée.	Ulcération et végétations.	Plaq. muq. et végétations vulvaires.	7 mois.	Incisions du col.	id.	Vivant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Stoltz. — *Art. Dystocie. Dictionnaire de Jaccoud.*

Ricord. — *Traité des maladies vénériennes.*

Gosselin. — *De la valeur sympt. des ulcérations du col de l'utérus.* (*Arch. de méd.*, 1843, t. xxiii) ; *Clinique chirurgicale de la Charité. Vulvite chancreuse.*

Bennett. — *Practical treatise on the infl. of the neck of the uterus.* London, 1845.

H. Robert. — *Thèse d'agrégation*, 1848.

Grivot-Grancourt. — *Thèse*, 1848.

Boys de Loury et Costilhes. — *Gazette médicale*, 1845.

Bernutz. — *Compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux*, 1855.

Whitehead. — *On the transmission*, etc., 1857 ; *Arch. génér. de méd.*, t. ii, p. 375, 1857.

Desprès. — *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col*, 1870.

Fournier. — *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 1873.

Schwartz. — *Des ulcérations du col de l'utérus.* (Thèse, Paris, 1873.)

Henry. — *Three cases of the os uteri, the result of syphilis* (*American jornal of syphilography and dermat.*, 1874).

A. Martin. — *De l'hypertrophie du col de l'utérus.* (*Annales de gynécologie*, 1877) ; *De l'œdème dur des grandes lèvres, symptomatique du chancre infect., et des accidents secondaires de la vulve.* (*Annales de gynécologie*, 1878.)

De Fourcault. — *De l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire* (Thèse, 1877).

Godefroy. — *Revue de thérapeutique medico-chirurgicale*, 1862.

Chiarleoni. — *Della sifilide in rapporto colla distocia.* (Milano, *Annali univ. di medicina*, 1873.)

MARTINETTI. — *Un caso di distocia meccanica del canal, molle probabilmente di natura sifilitica.* (*Annali di ostetricia*, 1883) ; *Un altro caso di sclerosi sifilitica.* (*Annali di ostetricia*, 1884 ; *Archives de tocol.*, mars 1884.)

PUTEGNAT. — *Dystocie par induration syphilitique du col de l'utérus.* (*Journal de Bruxelles*, vol. 47.)

E. FASOLA. — *Contributo allo studio dell' indurimento scleroso*, etc. (*Annali di ostetricia*, 1884.)

OBERLIN. — Thèse, 1878. *De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres dans la syphilis.*

DESJARDINS. — *De l'œdème scléreux syphilitique de la vulve.* (Paris, 1878).

SPILLMANN. — *Des syphilides vulvaires.* (Thèse, 1869).

VARAILLON. — Thèse, 1882. *De l'œdème chancreux syphilitique des grandes et des petites lèvres.*

DEVILLIERS, fils. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1851, p. 554.

CORNIL. — *Leçons sur la syphilis.*

VERSON. — *Arch. fur Anat. path.*, vol. 45, p. 869.

Le Président,

A. FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Rochefort. — Société anonyme de l'imprimerie Ch. Thèze.